Rok XLII. Kraków 21 Marca 1903. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia [1]).

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

Jeden z przedmiotów sporu między neurologami i psychiatrami stanowi ciemna dziedzina neurastenii, a zwłaszcza te jej przypadki, które jedni (Sollier, Oddo, Dunin, Puławski itd.) określają jako neurastenię okresową, — inni zaś (Lange) jako okresowe stany przygnębienia, inni wreszcie (Kahlbaum, Hecker, Kraepelin itd.) jako obłąkanie cykliczne słabego stopnia. Lekarz praktyczny określa te przypadki słowami psychicznie nerwowy, albo poprostu nazywa je neurastenią. Główną przyczyną tej niezgodności zdań jest brak ścisłych wiadomości, odnoszących się do tego schorzenia. Nieznano do tej pory nici, wiążącej ze sobą wiele spostrzeganych objawów; nie znano również istoty schorzenia. Nic przeto dziwnego, że z jednej strony uważano pojedyncze objawy za samoistne jednostki chorobowe, z drugiej zaś strony, że często uznawano takowe za przynależne do jakiego innego obrazu chorobowego.

Powiodło mi się rzucić nieco światła na tę dziedzinę, a to dzięki wielomiesięcznym doświadczeniom i spostrzeganiom nad kilku, — a szczególnie jednym — pacyentami, uznanymi także w Kraepelinowskiej klinice za wybitne przypadki omawianego schorzenia.

Przytaczam poniżej historyę choroby trzech pacyentów, z których pierwszy był przedmiotem moich długotrwałych badań i doświadczeń. Wraz z opisem tych przypadków przedstawiam omówienie końcowe całej choroby [2]).

I. Obserwacya 1-sza.

P., mężczyzna z uniwersyteckiem wykształceniem, lat 28. Z wywiadów wnosić należy, że mamy do czynienia z dziedzicznem obciążeniem nerwowem. Matka pacyenta ma być nerwowa, jak również rodzeństwo, lecz w mniejszym stopniu. Na czem atoli nerwowość ta polega, bliżej niewiadomo. W 10-tym roku życia pacyent przebył dur brzuszny, potem już nie chorował. W czasie swych studyów gimnazyalnych, a szczególnie w ostatnich czterech klasach, pracował do wyczerpania sił i bywał wystawiony na częste wzruszenia uczuciowe. W ciągu kilku miesięcy z powodu nadmiaru pracy sypiał zaledwie po 4—5 godzin na dobę, doświadczając ciągle potrzeby dłuższego snu. W okresie tym pił codziennie wiele kawy i herbaty. Przed ośmiu atoli laty zaprzestał całkowicie używania tych napojów, co trwa do tej pory. W 12-tym i 13-tym roku życia oddawał się pacyent prawie codziennie samogwałtowi, co trwało $1^1/_2$ do 2 lat, kiły nie przebywał; wyskoku prawie zupełnie nie używał, tudzież wcale nie palił tytoniu.

Kiedy zaczęła się obecna choroba, pacyent nie jest w stanie ściśle oznaczyć; w każdym razie ma trwać już wiele lat (około 10). Schorzenie to objawia się w sposób następujący: Wskutek zadziałania choćby najsłabszego zimna na ciało pacyenta powstaje w ustroju jego cały szereg objawów, szczególnie ze strony skóry, serca, przewodu pokarmowego, tudzież w sferze psychicznej. Objawy te mogą trwać dnie, tygodnie, a nawet miesiące, dopóki nie nastąpi nadmierne ogrzanie skóry. Wraz z tem rozgrzaniem skóry uczuwa się pacyent zupełnie prawidłowo, a wyżej wymienione objawy znikają. Natychmiast atoli stan prawidłowy znika, jeżeli to ogrzewanie skóry zostanie zaniechane.

Tę przemianę stanu prawidłowego na chorobliwy i odwrotnie można każdej chwili wywołać, a to przez ogrzewanie lub ostudzenie skóry pacyenta. Dziesiątki razy przeprowadzałem te doświadczenia.

Dodać należy, że podobne doświadczenia wtedy dają najdokładniejszy obraz, gdy zostaną usunięte głębiej sięgające zaburzenia w stanie pacyenta, które to zaburzenia, gdy raz powstaną, trwają dalej, chociaż czynnik, który je wywołał, został usunięty. Jakie to są te głębsze zaburzenia i jak je usunąć, o tem niżej mówić będę.

Zanim przejdę do zajmujących nas objawów, podaję tu przedtem w krótkości obraz ogólnego stanu chorego. Pacyent jest człowiekiem budowy średniej, o odżywieniu miernem, ma stłumienie w obu szczytach płucnych, tudzież miernego stopnia rozedmę płuc. Opukiwanie i osłuchiwanie serca nie wykazują żadnych zmian organicznych. Układ krwionośny nie przedstawia żadnych zboczeń. Uciskanie brzucha w przebiegu nerwu spółczulnego, jak również okolicy splotu trzewnego i podbrzusznego nie wywołuje żadnej boleści. Pole widzenia nie jest ograniczone. Źrenice oddziaływują na światło raźno; VII i XII para nerwów czaszkowych bez zmian. Płatki uszne przyrośnięte, oraz *tuberculum Darvini*. Kończyny górne prawidłowe, tak co do czucia, jak i ruchu. Wszystkie odruchy utrzymane. Mechaniczna pobudliwość mięśni nie zwiększona. Odruchy brzuszny, mosznowy i kolanowy istnieją; odruch ścięgna Achillesa — raźny. Skurczu stopowego *(Fussclonus)*, jak również odruchu Babińskiego — niema. Odruchy palcowe prawidłowe. Ruchomość i czucie w kończynach dolnych i w tułowiu prawidłowe.

Kilkumiesięczne obserwowanie pacyenta tudzież do-

[1]) Rzecz niniejsza zostanie w streszczeniu odczytana w Sekcyi psychiatryczno-neurologicznej Kongresu madryckiego.

[2]) Brak dostępu do pracowni medycyny wewnętrznej — jest przyczyną, że nie porobiłem pomiarów sfigmograficznych tętna, badania krwi itp. badań klinicznych.

świadczenia wielokrotne, jakie przeprowadziłem z pacyentem, wykazały co następuje:

Pod wpływem zadziałania zimna na skórę w pierwszym rzędzie ulega zmianie jej wejrzenie: na całem ciele staje się ona bladą, chłodną, suchą, szorstką, utraca elastyczność i mniej wydzielają jej gruczoły. Stan ten, jak powiedzieliśmy, trwać może tak długo, dopóki pacyent nie zostanie nadmiernie ogrzany.

Szczególnie widoczna jest zmiana skóry na twarzy i najwięcej wpada w oko otoczenia. Pacyent, który np. jeszcze przed $^1/_2$ godziną wyglądał na twarzy czerstwo i zdrowo, staje się bladym z chorobliwą, nieco żółtawą cerą, co budzi w otoczeniu podejrzenie istniejących u niego suchot.

Bladość ta ustępuje wraz z pożądanem ogrzaniem ciała, cera twarzy staje się znowu czerstwą, a czerstwość ta trwa znowu tak długo, jak długo trwa silne ogrzanie skóry.

Szczególnie zwraca na siebie uwagę następująca okoliczność: po wstaniu z łóżka ciepłego pacyent wygląda różowo i czerstwo; wkrótce atoli cera jego staje się znowu chorobliwą, jeżeli podczas ubierania uległ on działaniu zimna i następnie nie ogrzał się należycie. Odwrotnie ma się rzecz, jeżeli pacyent z chorobliwem wejrzeniem wejdzie do ogrzanego miejsca, np. teatru, restauracyi, ogrzanego mieszkania itp. Po 10—30 minutach, zależnie od stopnia ogrzania tego przybytku, cera pacyenta staje się znowu czerstwą i zdrową, co znowu trwa tak długo, jak długo pacyent znajduje się pod wpływem ciepła. Nie należy objawu tego uważać za zjawisko fizyologiczne, które spostrzega się u każdego zdrowego człowieka, gdy z mrozu wejdzie do gorącego mieszkania, już chociażby dlatego, że w opisywanym przypadku nie są potrzebne do wystąpienia przytoczonego objawu tak wielkie różnice stopnia ciepłoty, przy którym objaw ten występuje u każdego człowieka zdrowego; powtóre, zaczerwienienie twarzy w stanie fizyologicznym, występujące po przejściu z mrozu do gorąca, trwa bardzo krótko, podczas gdy w przypadku naszym może ono trwać całe godziny, a nawet dzień i dłużej, dopóki nie nastąpi oziębienie.

Wszystkie czynniki, składające się na ogólne pojęcie „chorobliwa cera“, nie są do tej pory całkowicie znane. W każdym jednak razie najważniejszym jest tu ubytek ilości krwi w skórze twarzy i spowodowane przez to zmniejszenie się barwy krwi w ogólnem zabarwieniu skóry, która wtedy posiada własne swe zabarwienie. Jeżeli na skórze istnieją plamy barwikowe, wyrzuty, nierówności, blizny itd., to wszystko to występuje bardzo jaskrawo i wpada wyraźnie w oczy, nie będąc pokryte zabarwieniem różowawem, pochodzącem z naczyń krwionośnych. Następną przyczynę, wchodzącą w skład pojęcia „cera chorobliwa“, stanowi twarz wychudła, zapadnięte policzki i ócz. Tę zmianę w twarzy można z pewną ścisłością stwierdzić nawet przedmiotowo przy pomocy n. p. przyrządu, w rodzaju przepaski na wąsy. Już pacyent sam zauważył, że przepaska na wąsy, której używa w stanie prawidłowym pacyenta silnie opina, natomiast w stanie chorobliwym przylega luźnie. Skóra twarzy w stanie chorobliwym nie jest tak elastyczną i miękką, jaką jest zazwyczaj, gdy pacyent znajduje się w stanie prawidłowym, co nie trudno stwierdzić uciskiem i lekkiem jej ujęciem w fałd dwoma palcami. Podobnież nie trudno jest stwierdzić chropowatość skóry, tudzież lekkie ostygnięcie podczas stanu chorobliwego, a natomiast gładkość i pewne rozgrzanie w stanie prawidłowym pacyenta. Ścisłe stwierdzenie wilgotności, wogóle wydzielania gruczołów skórnych, natrafia na istotne trudności.

Wystąpieniu już najmniejszych zmian w skórze towarzyszą obłożenie języka, tudzież spieczone wargi. Objawy te występują niezwykle szybko i w stopniu, odpowiadającym stopniowi zmiany w skórze. Po tych zewnętrznych objawach na języku i wargach rozpoznać można odrazu, że pacyenci nie są dostatecznie ogrzani.

Obłożenie języka można przedmiotowo dość ściśle stwierdzić, jeżeli się każe pacyentowi wystawiony język przycisnąć mocno do górnych zębów, a następnie cofnąć go do jamy ustnej w taki sposób, aby się otarł mocno o brzegi zębów. Na zębach pozostaje wtedy albo wyraźny nalot przy obłożeniu języka, albo tylko ślina, gdy język jest czysty.

Pacyent ma znaczną trudność w utrzymaniu jamy ustnej w czystości. Szczególnie na podstawie języka prawie stale można stwierdzić nalot, czemu towarzyszy nieprzyjemna woń z ust.

Na wargach, jednej lub obu, po jednej lub po obu stronach, tworzą się błonki cienkie, nie fałdujące się jak reszta powierzchni warg, z wejrzenia i zabarwienia różniące się od innych miejsc na wargach. W celu zupełnie przedmiotowego stwierdzenia tego objawu można zastosować następujący sposób: pociera się np. wargi jakim ciemnym barwikiem roślinnym, np. sokiem z wisien czarnych itp. — i następnie zmywa się to miejsce wodą. Części zdrowe zmywają się bardzo łatwo, natomiast wspomniane wyżej błonki prawie wcale zmyć się nie dadzą. Jeżeli skóra zostanie należycie ogrzaną i ogrzanie to trwa jakiś czas, wtedy błonki wspomniane dają się bardzo łatwo oderwać, wargi odzyskują prawidłowe wejrzenie i zachowują je tak długo, jak długo trwa ogrzanie skóry. Również daje się wtedy łatwo usunąć nalot na języku i nie tworzy się więcej.

Należy nadto dodać, że wargi pacyenta są sine, co atoli nie znajduje się w bezpośredniej zależności od zmiany zaszłej w skórze, lecz zależy od zmienionej czynności serca, o której wspomnę poniżej.

Oczy pacyenta okazują również pewną zmianę, — mianowicie podczas większego stopnia stanu chorobliwego źrenice bywają rozszerzone i oddziaływują leniwie.

Kończyny górne, a głównie dłonie, podobnież jak twarz, zwracają na siebie większą uwagę pacyenta z powodu zmian, jakim ulegają. Raz są różowe, gładkie, z niewyraźnemi prawie plamami skórnemi, tudzież wyglądają dość pełno; innym razem są zupełnie blade, szorstkie, mniej pełne, z wpadającemi wybitnie w oczy plamami, co czyni wrażenie, jak gdyby te ostatnie świeżo powstały.

Kończyny dolne pacyenta okazują również pewne różnice w zabarwieniu: szczególnie dają się różnice w ciepłocie łatwo stwierdzić na nogach; przy tem badaniu ciepłoty można posługiwać się tak wewnętrzną stroną dłoni, jak i zewnętrzną; dobrze jest przy zbadaniu rękę przesuwać po badanej kończynie. Według mego doświadczenia należy dotykać przedewszystkiem przedniej i bocznej powierzchni uda, gdzie najłatwiej daje się stwierdzić różnica w ciepłocie. Stwierdzenie lekkiego oziębienia na tem miejscu było mi zawsze nieomylnym znakiem, że pacyent znajduje się w stanie nieprawidłowym. Bardzo często zdarza się, że skóra na udach jest ochłodzona, podczas gdy np. na tułowiu jest ciepła, co świadczy, że ochłodzenie skóry pacyenta jest czę-

ściowe, więc mniejszego stopnia. Temu mniejszemu stopniowi ochłodzenia skóry odpowiada zawsze mniejszy stopień zaburzeń ze strony innych narządów.

Tułów pacyenta okazuje również wszystkie wyżej wyłuszczone objawy, — zarówno w stanie prawidłowym, jak i chorobliwym. Stwierdzenie różnic w stopniu wydzielania, tudzież w stopniu ciepłoty, jest tu szczególnie łatwem. Uniósłszy z lekka koszulę pacyenta, znachodzącego się w stanie prawidłowym, czujemy wilgotną woń potu, której nie uważamy, gdy pacyent znajduje się w stanie chorobliwym. Że w czasie stanu chorobliwego pacyenta ma miejsce znaczne zmniejszenie się wydzielania skóry, na to wskazuje również stan bielizny po 3—4 dniach jej noszenia. Gdy pacyent znajduje się w stanie prawidłowym, bielizna staje się przesiąknięta silnie woniejącym potem, co podczas stanu chorobliwego miejsca niema. Pacyent zauważył, że przed swą chorobą pocił się stale bardzo wiele, przy każdej więcej wytężającej pracy fizycznej czy umysłowej, jak również przy cieplejszej odzieży okrywał się potem. Od czasu zaś, kiedy popadł w obecną chorobę, pocił się bardzo mało, a przytem raz wydzielanie skórne jest większe, to znowu mniejsze, czemu równocześnie, jak to pacyent stale stwierdza, towarzyszy ogólny stan raz prawidłowy, to znowu chorobliwy. W przypadku ostatnim nawet w lecie może pacyent spać pod najcieplejszą pierzyną, zupełnie się nie pocąc, chyba że umyślnie pierzyną tą okryje się tak szczelnie, jakby niejako chciał wywołać skutek zawijania. Obok stwierdzenia stopnia wydzielania łatwem jest, szczególnie na piersi w okolicy sutków stwierdzić różnicę w rozgrzaniu skóry; atoli w tem miejscu lepiej jest badać rozgrzanie skóry przy pomocy dotykania zewnętrzną powierzchnią dłoni.

Żołądź prącia — w stanie chorobliwym pacyenta bywa zazwyczaj, podobnie jak i wargi, sina — co atoli bezpośrednio zależy od zaburzeń w czynności serca, o której niżej mówić będę; podobnież jak wzmożone wydzielanie oskrzelowe, objawiające się częstem wykrztuszaniem, bądź wydzielaniem przez nos białej ciągnącej się wydzieliny śluzowej. Wtedy występuje również zazwyczaj duszność, polegająca na potrzebie wykonywania jaknajgłębszych oddechów, po wykonaniu których pacyent czuje, że jeszcze ma zamało powietrza.

Odruchy, szczególnie kolanowe, są w stanie nieprawidłowym pacyenta wybitnie wzmożone w porównaniu ze stanem prawidłowym, w którym, jak to przy opisie „stanu obecnego“ wspomniano, odruchy nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Również jest dość wyraźne drżenie wyciągniętych palców.

W moczu pacyenta podczas stanu nieprawidłowego, zwraca szczególną uwagę wzmożona ilość kwasu moczowego.

Pacyent, znajdując się w stanie fizyologicznym, podobnie, jak każdy prawidłowy w omawianym kierunku człowiek, czuje odrazu, jeżeli np. zimne powietrze owionie mu nogi, ręce lub całe ciało. Natomiast w stanie chorobliwym tego nie odczuwa. W stanie nieprawidłowym pacyent wogóle nie odczuwa zimna. Z odczuwania zimnego powiewu, lub z jego braku poznaje pacyent odrazu, czy znajduje się w stanie prawidłowym, czy też chorobliwym. Atoli przy badaniu przedmiotowem nie można stwierdzić widocznych różnic w podmiotowem uczuciu ciepłoty.

Jednym z najwidoczniejszych objawów omawianego schorzenia jest wybitna i charakterystyczna dermografia, posiadająca następujące właściwości: 1) zadrażnienie musi być dosyć silne; drażnienia słabe nie wywołują prawie wcale oddziaływania; 2) oddziaływanie jest bardzo powolne, często mija 15 do 20 sekund, zanim okażą się pierwsze ślady zaczerwienienia; 3) zaczerwienienie nie odrazu jest silne, lecz zwolna staje się coraz wyraźniejsze tak, że dopiero po upływie 20—30 sekund po okazaniu się pierwszych śladów występuje najsilniejsza kresa; 4) zaczerwienienie jest wtedy niezwykle wybitne i 5) utrzymuje się niezwykle długo. Nawet po 1—2, a często i więcej godzinach, zależnie od siły zadrażnienia, można jeszcze stwierdzić ślady zaczerwienienia.

Przy tej sposobności zauważyć należy, jak są niedostateczne i nieliczne sposoby badania skóry i jak często stwierdzenie objawów skórnych wymaga znacznej wprawy ze strony badającego; np. jak trudne jest stwierdzenie suchości i chropowatości (szorstkości) skóry.

Jak już zauważyłem, zmiana, zachodząca w skórze, bywa rozmaitego nasilenia i może dotyczyć niekiedy tylko pojedynczych części skóry, a nie całej jej powierzchni. Wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, że przy odpowiedniem ogrzaniu, np. tułowia, można było w nim otrzymać stosunki prawidłowe, gdy np. kończyny, nie ogrzane dostatecznie, pozostają w stanie chorobliwym.

Serce podczas stanu chorobliwego skóry ulega również zaburzeniom w swojej czynności, nie wystarczającej w takim razie potrzebom ustroju. Fala tętna wtedy jest prawidłowa tak co do siły, jak i co do liczby. Liczba uderzeń serca wynosi około 90 na minutę. Tętno jest skaczące; fala jego mała, trwa bardzo krótko i zaraz znika *(p. frequens et parvus)*. Równocześnie występują objawy zastoju w małem krążeniu, a z tych trzy objawy, o których już wspomnieliśmy, zwracają na siebie większą uwagę, mianowicie: posinienie warg i żołędzi, wzmożona wydzielina oskrzelowa i duszność, do której po pewnym czasie pacyent się przyzwyczaja, doznając tylko nieokreślonego uczucia braku powietrza. Po zastosowaniu leków, wzmacniających serce, tętno staje się silniejsze i powolniejsze, wargi znowu zaczerwieniają się, nadmierna wydzielina oskrzelowa znika, tudzież duszność nie występuje więcej; — wszystko to atoli na tak długo tylko, jak długo trwa działanie środka wzmacniającego. Zaraz po odstawieniu leku występują wspomniane objawy niewyrównania. Tylko dzięki ciągłemu używaniu leków sercowych pacyent nie doświadcza objawów zastoju i to tylko wtedy, gdy nie wykonuje żadnej cięższej pracy. Doprowadzenie skóry pacyenta do stanu prawidłowego pociąga za sobą również i prawidłową czynność serca; tętno staje się pełne, silne, wyczuwalne nawet przy silniejszym ucisku na tętnicę, 72—74 uderzeń na minutę. Wprawienie skóry w stan chorobliwy pociąga znowu za sobą owo zaburzenie w czynności serca.

Wystąpieniu skurczu naczyń w skórze towarzyszą również zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W stanie nieprawidłowym skóry pacyent nie ma stolca, nie oddaje wiatrów, a jednocześnie nie odczuwa najmniejszego wzdęcia brzucha, raczej można stwierdzić pewne jego zapadnięcie.

To zaparcie stolca, brak wiatrów bez odęcia trwa 3—6 dni, poczem pacyent oddaje śród bólów nieco kału, — ilość nieproporcyonalnie małą w porównaniu do tylodniowego zaparcia stolca. Kał ten jest niezwykle zbity, w małych grudkach, przypominających kał owczy, — zwykle powleczony wielką ilością śluzu, a często, acz niewiele, także i krwi. Po oddaniu tego stolca następuje znowu zaparcie, trwające dni kilka, po których ma miejsce ten sam akt opróżnienia itd. Przyczyną opisanego zaparcia stolca nie jest atonia jelit, lecz kurcz kiszki grubej. Mamy tu przeto do czynienia z *obstipatio spastica*, będącą od niedawna na porządku dziennym w nauce o chorobach przewodu pokarmowego. Najpowierzchowniejszem badaniem stwierdzić można w okolicy kiszki grubej twardy, gładki, okrągły, cienki sznur; sznur ten zazwyczaj jest wyczuwalny na całej długości okrężnicy, — czasem tylko brakuje go w przebiegu okrężnicy wstępującej, — a wtedy, szczególnie w dolnym odcinku tej części okrężnicy, można stwierdzić rozszerzenie tego odcinka, przyczem, ugniatając to miejsce, wywołuje się znaczne bulkotanie. Po głębokich wlewaniach ciepłej wody wychodzi kał kształtu kolankowatej tasiemki, pokryty obficie śluzem. Cały ten obraz zaburzeń w czynności przewodu pokarmowego zmienia się, gdy ogrzejemy i w odpowiedniem ogrzaniu utrzymywać będziemy powierzchnię ciała pacyenta. Wtedy wypróżnienie odbywa się codziennie zupełnie prawidłowo, bez bólu, kał odchodzi w dużych kłębach i o zwykłej zbitości, a śluzu i krwi nie zawiera. W miejscu kiszki grubej nie znajdujemy wyżej opisanego ciała powrózkowatego. Tylko rozszerzenie dolnego odcinka kiszki grubej jest bardzo wyraźne. Już w kilka minut po należytem ogrzaniu całej powierzchni ciała pacyenta znika kurcz jelita, występują wiatry, wypróżnienie sprowadzić może lada bodziec, n. p. miesienie, które przedtem zwykle pozostawało bez najmniejszego skutku. Nie należy sądzić, że powrózkowate ciało, wyczuwane w miejscu kiszki grubej, jest nagromadzonym stwardniałym kałem, — a nie kurczowo zaciśniętą kiszką: podobne tłómaczenie niezawodnie było przyczyną, że dopiero tak niedawno kurczowe zaparcie *(obstipatio spastica)* zwróciło na siebie uwagę świata lekarskiego. Pomijając już wszelkie inne dowody, przekona nas o tem fakt, że po najzupełniejszem wypróżnieniu jelita grubego drogą głębokich wlewań powrózkowate zgrubienie wcale nie ustępuje.

Podczas wielkiego skurczu naczyń skórnych, n. p. w czasie wielkiego zimna, gdy brzuch bywa niedostatecznie ciepło utrzymywany, — występują również zaburzenia i w żołądku, — mianowicie nudności i wymioty. Pacyent stara się utrzymywać swój brzuch szczególnie ciepło przy pomocy różnych opasek.

Co się tyczy innych narządów wewnętrznych, to zdają się przedewszystkiem mięśnie gładkie p ę c h e r z a i c e w k i podlegać również skurczowi, jak na to wskazuje potrzeba częstszego moczenia, chociaż w małej ilości, oraz podmiotowe uczucie i przedmiotowe stwierdzenie ściągnięcia się (stwardnienia do pewnego stopnia) cewki, czego wszystkiego niema po ustąpieniu stanu chorobliwego skóry, t. j. po odpowiedniem jej ogrzaniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bróździgłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności.

Podał
Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

II.

Dotychczas nie poruszałem prawie tych objawów, którym ulegała nasza chora ze strony serca. Uczyniłem to z rozmysłem, objawy te bowiem są na tyle pouczające, że zasługują na wyłączne uwzględnienie. W porządku chronologicznym przedstawiają się one tak: początkowo przytłumienie odgłosu w okolicy serca sięgało ku stronie prawej do linii środkowej ciała, nad koniuszkiem słyszało się zaraz po pierwszym tonie krótkotrwały szmer dmuchający; siła szmeru nie zmieniała się pod wpływem różnych okresów oddechania; w położeniu leżącem szmer słabnął; już na odległości 2—3 ctm. szmer nie był słyszalny; odpowiednio do innych zastawek słyszało się dwa głuche tony. Dnia 2-go października przytłumienie odgłosu w okolicy serca doszło do prawej linii mostkowej, a w stronę lewą do linii sutkowej; oprócz skurczowego szmeru nad koniuszkiem, słyszalnym stał się silniejszy szmer dmuchający w okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer występował po pierwszym tonie i już na odległość 2—3 ctm. nie był słyszalny; zmiana położenia chorej i różne okresy oddechania nie wywierały wpływu na siłę jego. Dn. 25 października przytłumienie odgłosu w okolicy serca przechodziło ku stronie prawej na szerokość 1 palca (2 ctm.) po za prawą linię mostkową; ku stronie lewej również na szerokość jednego palca po za lewą linię sutkową; lewa granica odpowiadała uderzeniu koniuszkowemu; nad koniuszkiem ton skurczowy znikł, miejsce jego zajął wyraźny trący szmer skurczowy, któremu czasami towarzyszył mruk koci; stopniowo słabnąc, szmer przenosił się w lewą okolicę pachową do tylnej linii pachowej, ku stronie zaś prawej — do prawej linii mostkowej; do pierwszego tonu w okolicy osłuchiwania zastawek tętnicy głównej dołączał się bezpośrednio krótki słaby szmer skurczowy, który znikał już na odległości kilku ctm.; w drugim lewym przestworze międzyżebrowym występował wciąż szmer po pierwszym tonie; drugi ton był znacznie wzmożony. Dnia 2-go listopada szmer skurczowy na tętnicy głównej znikł. Dn. 4/XI szmer nad koniuszkiem był znacznie słabszy. Dn. 8/XI odpowiednio wszystkim zastawkom słyszalnym był szmer skurczowy; szmery nad tętnicą główną i płucną znikały już na odległości 2—3 ctm.; szmer nad koniuszkiem przenosił się w lewą okolicę pachową do tylnej linii pachowej, w prawo zaś do prawej linii mostkowej; drugi ton nad tętnicą płucną był znacznie wzmożony; przytłumienie odgłosu w okolicy serca sięgało ku stronie prawej na szerokość 2 palców (4 ctm.) po za prawą linię mostkową. Dn. 14 listopada wymiary przytłumienia zmniejszyły się: prawa granica odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa linii sutkowej; nad koniuszkiem występował znów pierwszy ton ze szmerem skurczowym; szmer nad tętnicą

płucną znacznie był słabszy; nad tętnicą główną szmeru nie było. Od 6 grudnia granice przytłumienia sercowego były już prawidłowe; nad koniuszkiem po pierwszym tonie występował szmer skurczowy, który znikał już na odległości 2 ctm.; w położeniu leżącem szmer słabnął; w drugim lewym przestworze międzyżebrowym był słyszalny słaby szmer skurczowy, który dołączał się bezpośrednio do pierwszego tonu; drugi dźwięk nie przedstawiał wzmożenia.

Śledząc za wszystkiemi przytoczonemi nieprawidłowościami ze strony serca, trudno było z początku stanowczo orzec o ich źródle; mogły bowiem one być tak dobrze pochodzenia nieorganicznego, jak również powstawać na drodze zmian zapalnych zastawek sercowych. Gdy jednak objawy te zaczęły szybko ustępować z polepszeniem ogólnego stanu chorej, nie mogło być już wątpliwości, że były one pochodzenia nieorganicznego. Rozejrzenie się w tych nieprawidłowościach jest bardzo pouczające, albowiem może ono przyczynić się do wyświetlenia dotychczas zawiłej jeszcze nauki o istotnych i rzekomych (przypadkowych, niedokrewnych, gorączkowych, nieorganicznych i t. d.) szmerach sercowych. Nad tymi szmerami zastanowię się szczegółowiej, zwłaszcza wobec tego, że w piśmiennictwie naszem sprawa ta była dotychczas mało poruszaną; tymczasem nieorganiczne szmery słyszą się często i prawidłowa ich ocena ma doniosłe znaczenie.

Nim jednak przejdę do różniczkowego rozpoznania istotnych a rzekomych szmerów sercowych, opierając się na danych piśmiennictwa i na spostrzeżeniach, dokonywanych przez długi czas w naszej klinice (Pasternacki, Fawicki, W. Orłowski), rozejrzę się nieco w zapatrywaniach na powstawanie szmerów nieorganicznych. Uważam jednak za zbyteczne przytaczać wszystkie wypowiedziane poglądy: zabrałoby to dużo miejsca, a oprócz tego większość tych teoryj ma obecnie znaczenie tylko historyczne. Ograniczę się na omówieniu tylko teoryj, uznawanych w naszym czasie. Szkoła francuzka (Potain[30]) i inni) tłómaczy wszystkie szmery nieorganiczne, jako „sercowopłucne“: one mają powstawać nie w sercu, lecz w przylegających częściach płuca; części te, ulegając podczas rozkurczu uciskowi ze strony serca, szybko rozszerzają się podczas skurczu; wskutek tego powietrze wpada w oskrzele z niezwykłą siłą, przewyższającą znacznie szybkość w innych płatach, nie uciśniętych; drogą tą powstaje szmer skurczowy. Słyszymy go nie zawsze i nie u każdego osobnika; dla powstania go bowiem wymagany jeszcze szereg sprzyjających warunków, mianowicie: pewien stopień grubości płuca, oddzielającego serce od klatki piersiowej, pewna siła oddechania, objętość serca, stosunek między liczbą oddechów a czynnością serca itd. Wbrew tej teoryi szkoła niemiecka usadawia szmery nieorganiczne w samem sercu, uważając je jako szmery, powstające wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, wywołanej osłabieniem czynności mięśni brodawkowatych *(m. papillares cordis).* Takie tłómaczenie pochodzenia szmerów nieorganicznych szkoła francuzka odrzuca. Jeśli jednak zastanowimy się bliżej nad objawami ze strony serca w naszym przypadku, to musimy przyznać słuszność zapatrywaniom szkoły niemieckiej. Istotnie w naszym przypadku, jak to wyrażę niżej, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca w pewnym okresie przebiegu choroby zawdzięczał swoje powstanie właśnie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. To samo spostrzegaliśmy i w kilku innych przypadkach; jeden z nich, jako interesujący ze względu na powikłanie z miąższowem krwawieniem żołądka, będzie w niedalekiej przyszłości przezemnie ogłoszony. Na mocy więc tych spostrzeżeń uważam powstawanie szmerów nieorganicznych na drodze względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej za udowodnione. Z tem zapatrywaniem zgadzają się również najnowsze dociekania Bezsonowa[31]), dotyczące pochodzenia nieorganicznego szmeru skurczowego u koniuszka serca.

Bouilland[3]), Paul[3]) i inni tłómaczyli powstanie szmerów nieorganicznych niedokrwistym stanem krwi. Ten pogląd obaliły już badania Potaina. W najnowszym czasie Bezsonow również usiłował wyświetlić stopień udziału niedokrwistości w powstawaniu tych szmerów. Okazało się, że szmery nieorganiczne, rozwijające się nad zastawką dwudzielną, są zupełnie niezależne od składu krwi; szmery zaś nieorganiczne nad tętnicą główną, zwłaszcza nad tętnicą płucną, spotykają się częściej w razie niedokrwistego stanu krwi; wreszcie w przypadkach silnie wyrażonej niedokrwistości słyszy się zwykle szmery nad ujściami sercowemi. Niedokrwistość więc, czyli raczej wodnistość krwi *(hydraemia),* ma pewne znaczenie w powstawaniu szmerów nieorganicznych, rozwijających się nad tętnicą płucną i główną, jakkolwiek bezpośredniej zależności badania Bezsonowa nie stwierdziły. Bezpośrednią przyczyną tych szmerów jest, według tego autora, wzmożona szybkość przedostawania się krwi przez ujścia tętnicze do tętnicy głównej i płucnej. Pod tym względem wyniki, do których doszedł Bezsonow, zbliżają się do poglądu Sahliego[32]), który tłómaczy wszystkie szmery nieorganiczne, nie zależne od uznawanej przez niego względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, również zwiększoną szybkością przepływania krwi z komórek sercowych do tętnic głównej i płucnej. Wobec nieprawidłowej budowy wewnętrznej powierzchni komórek i zwężenia przy ujściu tętnic głównej i płucnej, powinna, zdaniem Sahliego, więcej nas zadziwić ta okoliczność, że nie słyszymy szmeru w warunkach zwykłych, niż to, że w zdrowem sercu w niektórych razach powstaje szmer, innemi słowy, słuszniej byłoby postawić pytanie odwrotne, dla czego w sercu tworzą się w warunkach zwykłych nie szmery, lecz tony? Rozwiązania tego zagadnienia Sahli dopatruje w tem, że w warunkach zwykłych szybkość prądu krwi nie jest na tyle znaczną, żeby mógł powstać szmer; gdy zaś szybkość podnosi się, jak to bywa w ogólnem osłabieniu, niedokrwistości i gorączce, łatwo wobec nowych sprzyjających warunków może wytworzyć się szmer. Wobec tego tłómaczenia zrozumiałą jest i ta okoliczność, że szmery nieorganiczne nie bywają rozkurczowymi (Bouilland, Peter[4]), Eichwald[33]), Leube[34]), Sahli, nasza klinika). Rozkurcz serca trwa, jak wiadomo, dłużej niż skurcz; wskutek tego szybkość prądu krwi podczas rozkurczu jest znacznie mniejszą, niż podczas skurczu; oprócz tego krew w czasie rozkurczu nie napotyka zwężenia, co ma miejsce przy skurczowem przedostawaniu się krwi z komór sercowych do połączonych z sercem tętnic. Nie można wreszcie porównywać siły mięśniowej komór sercowych, wypierających krew do

[3]) Przytaczam według Potaina.

[4]) Przytaczam według Potaina.

tętnic, z siłą sprężystej tkanki, znajdującej się w tętnicach i warunkującej szybkość rozkurczowego prądu krwi. Wszystkie te warunki nie sprzyjają powstaniu szmerów w zdrowem sercu podczas rozkurczu. Nie trzeba zapominać, że w okolicy tętnicy głównej niekiedy słyszy się szmer rozkurczowy bez żadnych zmian na zastawkach półksiężycowych. Te rzadko nadarzające się szmery, jak to wykazali Leube i Sahli, przedstawiają udzielony szmer z niedokrwistości, powstający w opuszce żyły szyjnej.

Przypisując powstanie szmerów nieorganicznych względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej i wzmożonej w większości przypadków szybkości przepływania krwi z serca do układu naczyniowego, Sahli przyznaje wreszcie w wyjątkowych przypadkach powstanie ich w płucach, zapatrując się na nie, jako na „skurczowy oddech pęcherzykowy“.

Jeśli teraz zwrócimy uwagę na cechujące właściwości szmerów nieorganicznych, to łatwo przekonamy się, że i pod tym względem w zapatrywaniach różnych klinicystów niema jednomyślności. Okoliczność ta zniewala do odrzucenia myśli o jednem źródle wszystkich tych szmerów; tylko bowiem różnorodnością warunków ich pochodzenia można wytłómaczyć sobie nieraz wprost przeciwne zdania, które spotykamy u różnych klinicystów w opisie cech, wyróżniających te szmery od szmerów organicznych. (Dokończenie nastąpi).

* * *

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,

elew kliniki.

(Dokończenie).

Rozpoznanie torbiela trzustki musi się opierać na wywiadach i na badaniu przedmiotowem.

Wiemy, że wystąpienie torbiela poprzedzają bardzo często ostre objawy zapalne, a czasem uraz. W wywiadach chory objaśnić nas może, że guz to znikał, to znów się pojawiał, że cierpi na zaburzenia w trawieniu i bole i że znacznie wychudł. Bezsprzecznie największe znaczenie rozpoznawcze posiada umiejscowienie guza i stosunek, jaki zachodzi między znalezionym guzem, a sąsiednimi narządami, na co pierwszy Gussenbauer[9]) zwrócił uwagę.

Jeżeli znajdziemy w górnej części brzucha, między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem guz okrągły, silnie napięty, mało ruchomy, o powierzchni gładkiej, o wypuku stłumionym, a na obwodzie bębenkowym, musimy badać, czy między wątrobą a guzem niema pasa o wypuku bębenkowym i jak się w stosunku do guza zachowuje żołądek i poprzecznica. Po wypróżnieniu żołądka i jelit wydymamy żołądek, a dokładnie oznaczyć możemy, że żołądek leży z przodu i ku górze i w całości lub w znacznej części guz przykrywa.

1. Po wydęciu poprzecznicy widzimy, że ta leży poniżej guza i czasem tylko częściowo guz przykrywa. Takie zachodzą stosunki w największej liczbie przypadków, jeżeli torbiel nie jest bardzo wielki, i że tak powiem, typowo się rozrasta t. j. w ten sposób, że torbiel wyrasta z trzustki, wypukla pokrywającą otrzewnę ku przodowi do torebki sieciowej *(bursa omentalis)*, wypiera żołądek ku górze i między żołądkiem a poprzecznicą dosięga przedniej ściany brzusznej.

2. Większe trudności rozpoznawcze przedstawiają przypadki, gdzie torbiel rozwija się z głowy trzustki ku więzowi żołądko-sieciowemu, ku sieci małej. Przylega on wtedy ściśle do spodniej powierzchni wątroby, dochodzi do przedniej ściany brzusznej przy dolnym brzegu lewego płatu wątroby, a żołądek w znacznej części go przykrywa. Po wydęciu żołądka układa się przed torbielem i tylko mała część, leżąca po za więzem żołądkowo-wątrobowym daje wypuk stłumiony.

Rozpoznanie w danym przypadku rozstrzygnąć może ta okoliczność, że guz w większej swej części leży za żołądkiem. W tych obu przypadkach torbiel znajduje się w torebce sieciowej.

3. *a)* Jeżeli torbiel rozwija się między blaszkami krezki okrężnicy poprzecznej *(mesocolon transversum)*, wówczas przy przeważnym rozroście jego ku górze wrasta torbiel do torebki sieciowej i daje obraz, jak w przypadku pierwszym z tą różnicą, że torbiel leży niżej, bliżej pępka.

b) Jeżeli zaś torbiel rozrasta się głównie ku dołowi, braknąć może charakterystycznych objawów. Guz może zejść na dół aż do miednicy, a wtedy wydęta poprzecznica znajduje się ponad górnym jego biegunem. W ten sposób rozrastają się przedewszystkiem torbiele, wychodzące z lewej części trzustki, gdyż właśnie jej część ogonowa leży między blaszkami krezki okrężnicowej *(mesocolon)*. W tym ostatnim wreszcie przypadku torbiel może się rozrastać na lewo, popod łuk żebrowy i sięgać aż do linii pachowej przedniej.

Mimo to rozpoznanie napotyka często na bardzo wielkie trudności i o omyłki wcale nie trudno. Zatem w każdym przypadku uwzględnić należy zbitość guza. Następnie pamiętać trzeba, że ropnie trzustki przebiegają z gorączką, są bolesne, rozwijają się szybciej, niż torbiele, nie mają kształtu półkulistego i są zawsze mniejsze.

Do odróżnienia od guzów odźwiernika i tylnej ściany żołądka pomoże nam badanie treści żołądka i jego czynności.

Wązki pas o wypuku bębenkowym między guzem a wątrobą pozwala nam odróżnić torbiele trzustki od bąblowca wątroby. (Küster radzi badać w pozycyi stojącej). Wydęcie żołądka wykazuje, że torbiel trzustki leży po za żołądkiem. W torbielach wyrastających z wątroby ten sam objaw stwierdzić możemy jedynie w przypadku wyrastania torbieli z tylnych i dolnych części wątroby.

Guzy z zatrzymania (retencyjne) woreczka żółciowego mają kształt gruszkowaty, przylegają bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej i prawie nigdy nie mają kiszki przed sobą, jak torbiele rozwijające się z głowy trzustki i rozrastające się na prawo.

Nad guzami torbielowatymi śledziony wypuk stłumiony przechodzi bezpośrednio w stłumienie śledzionowe. Przy torbielach, wychodzących z ogona trzustki, znajdziemy między guzem a śledzioną pas wypuku bębenkowego; gdzie zaś wyjątkowo braknie tego pasa, tam po wydęciu żołądka stwierdzimy, że żołądek choćby częściowo przykrywa torbiel, a przy torbielach śledziony stosunki zgoła się nie zmienią.

[9]) Archiv f. klin. Chir. 1883. Bd. 29, str. 355.

Gdy torbiel trzustki rozrasta się bardziej na zewnątrz od linii środkowej ciała, łatwo możemy go wziąść za guz nerki. Jednak puchlina nerkowa wypełnia okolice lędźwiowe, gdy guz trzustki sięga bardziej ku przodowi. Nadto od pomyłek uchronić nas może stwierdzenie stosunku guza do kiszki wstępującej, względnie zstępującej, dokładne badanie moczu, obraz cystoskopowy pęcherza itd.

Największa ilość pomyłek rozpoznawczych przypadała na torbiele jajnika, choć zdawałoby się, że różniczkowe rozpoznanie między torbielami jajnika a trzustki nie powinno napotykać na tak wielkie trudności. Senn w tych przypadkach kładzie ogromny nacisk na wywiady. Gdzie te są niepewne, musimy się przedewszystkiem uciec do dokładnego badania ginekologicznego. Nie małe znaczenie będzie tu miał objaw Schultzego.

Nadto i tu bardzo ważny jest stosunek, zachodzący między żołądkiem i poprzecznicą a guzem. Nawet przy bardzo wielkich torbielach jajnika żołądek nigdy nie leży przed nimi, podczas gdy przy torbielu trzustki nawet bardzo obniżonym wykazać można, że okrężnica znajduje się przed nim lub na górnym jego biegunie.

Udzielone tętnienie aorty było powodem, że parę razy myślano o tętniaku. Już samem jednak obmacaniem możemy stwierdzić, że to tętnienie guza jest tylko pozornem, udzielonem, a zapomocą stetoskopu wykazujemy brak zmian przysłuchowych.

Znaczne trudności rozpoznawcze przedstawiają torbiele krezki, zwłaszcza znajdujące się w okolicy pępka. W przypadkach, w których torbiel trzustki rozwija się między blaszkami krezki okrężnicy poprzecznej, rozróżnienie staje się niemożliwem; pozostaje wówczas bowiem jedyna i niewystarczająca cecha odróżniająca, że torbiele krezkowe są bardzo ruchome, torbiele zaś trzustki albo bardzo mało, albo wcale nie.

Torbiele torebki sieciowej, z sieci dużej, z tylnej ściany żołądka i torbiele chłonne pozaotrzewnowe, rozwijające się w górnej części brzucha, dają zupełnie te same objawy, co i torbiele trzustki i nie dają się odróżnić.

W takich właśnie przypadkach, nadzwyczaj trudnych, a właściwie niemożliwych do rozpoznania, zalecają niektórzy autorowie, a poniekąd skłania się do nich i Körte, próbne nakłócie torbiela w celu wykazania cech płynu. Wiemy jednak, że bardzo często w płynie z torbieli trzustki nic charakterystycznego nie znaleziono; z drugiej zaś strony wykazano, że płyny jam surowiczych posiadają czasem własności dyastatyczne, a niekiedy nawet zmydlają tłuszcze. Jako jedyną i właściwą cechę dla treści torbieli trzustki uważa Boas[10]) zdolność trawienia białka i włóknika i radzi płyn otrzymany z próbnego nakłócia zmięszać z mlekiem; jeżeli po strąceniu sernika przesącz daje reakcyę biuretową, to okoliczność ta ma wskazywać, że mamy do czynienia z torbielem trzustki.

Tymczasem nowsze badania wykazują, że i to czasem jest fałszywem. Jako przykład przytacza Starck przypadek taki: w przypadku torbiela pozaotrzewnowego, wychodzącego najprawdopodobniej z trzustki, zrobiono próbne nakłócie i stwierdzono sposobem Boasa reakcyę biuretową. Wykonano przeto laparotomię, ściany torbiela wszyto w powłoki brzuszne i po 3 dniach torbiel nacięto. Pacyentka wkrótce po nacięciu umarła wśród objawów moczniey, a sekcya wykazała prawostronną puchlinę nerkową *(hydronephrosis)*, podczas gdy trzustka była nietkniętą.

Rupprecht[11]) zaś po nakłóciu torbiela w okolicy pępka znalazł mocznik; przypuszczał więc puchlinę nerkową, a tymczasem operacya wykazała torbiel trzustki.

Zatem w takich przypadkach nawet próbne nakłócie może tylko mylić, które w każdym innym przypadku stać się może niebezpiecznem, gdyż po drodze do torbiela możemy nakłóć żołądek lub kiszkę, albo też, zrobiwszy nawet bardzo mały otwór w ścianach torbiela, nie zdołamy zapobiedz temu, aby przez ten otwór nie wylewała się do jamy otrzewnowej treść torbiela, pozostająca zwykle pod wielkiem ciśnieniem.

A to wszystko sprowadzić może zapalenie otrzewnej nawet z zejściem śmiertelnem.

W przypadkach bardzo trudnych do rozpoznania skłoniłbym się raczej do propozycyi Brackla, który w takich razach radzi próbną laparotomię, jako zabieg mniej niebezpieczny od nakłócia próbnego, a daleko pewniej prowadzący do rozpoznania, a względnie i do wyleczenia.

Co do leczenia, to jak przy innych torbielach, tak samo i tutaj, tylko chirurgiczne może mieć jeszcze powodzenie.

Obawa krwotoku do torbiela, a z drugiej strony obawa przed pęknięciem torbiela i wylaniem się jego treści do jamy brzusznej i dobre wyniki po operacyi zachęcają nas do niej, na co chorzy, wyniszczeni i zmęczeni ustawicznymi bolami i długoletniem cierpieniem zazwyczaj bardzo chętnie się zgadzają. Od znalezionych zaś stosunków zależeć będzie, czy wybierzemy nacięcie i wszycie ścian torbiela w powłoki brzuszne, czy też zupełne wyłuszczenie guza.

W razie obecności silnych i licznych zrostów z otoczeniem musimy się uciec do nacięcia torbiela i wszycia ścian jego w ranę powłok brzusznych, przyczem całą operacyę kończymy na jednem lub na dwóch posiedzeniach.

Niektórzy nadto radzą (n. p. Sawicki z Warszawy na jednym z poprzednich Zjazdów) dodać cięcie ze strony przeciwnej, w okolicy lędźwiowej, poniżej 12 żebra, zwłaszcza, jeżeli torbiel rozwija się po stronie lewej kręgosłupa. To ma przyśpieszyć wyleczenie.

Największą niedogodnością tej metody operacyjnej są przetoki, które goją się w czasie rozmaicie długim, a wydzielina ich wskutek nadżerającego działania drażni brzegi rany i wywołując wyprysk, sprawia choremu przykre dolegliwości. Z tego też powodu powinno się już bezpośrednio po operacyi obłożyć brzegi rany pastą cynkową.

Zazwyczaj goją się przetoki w czasie około sześciotygodniowym, choć są znane przypadki, gdzie przetoka istniała całe miesiące i lata.

Gojenie przetoki w ogólności zostawiamy naturze, a tylko w ostatecznym razie uciekamy się do przyżegania jej brzegów azotanem srebrowym, chlorkiem cynkowym, lub do wyłyżeczkowania. Całkowite wycięcie ścian torbiela, co w końcu do wyleczenia przetoki zalecono (Wölfler), bezsprzecznie doprowadzi do celu, ale zawsze jest operacyą, gdzie na nowo

[10]) Boas: Deutsche med. Woch. 1890, str. 1195.

[11]) Rupprecht: Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. 50. 2, str. 261.

otwieramy otrzewnę, a tymczasem wydzielina z przetoki spływać może do jamy otrzewnowej. Sąsiedztwo z żołądkiem i poprzecznicą, nadto liczne zrosty, powstające po każdej laparotomii, znacznie utrudniają operacyę i od niej odstraszają.

Przeciwko nacinaniu torbiela i zakładaniu przetoki przemawia także możliwość nawrotu choroby, jeżeli torbiel jest wielokomorowym z rodzaju torbieli bujających (proliferacyjnych), nadto możliwość przepukliny brzusznej w miejscu blizny pooperacyjnej.

Na korzyść tej metody przemawia względny brak niebezpieczeństwa, gdyż odsetek śmiertelności nie wynosi nawet $4^0/_0$; nadto możliwość zastosowania jej nawet w przypadku bardzo licznych i silnych zrostów torbiela z otoczeniem.

Stan chorych po operacyi bardzo szybko się poprawiał. Ustępowały bole i zaburzenia w trawieniu, a chorzy pomimo nawet ciągłego wydzielania soku trzustkowego przez przetokę, w krótkim czasie powracali do sil. I ta okoliczność przemawia za tem, że dolegliwości żołądkowo-kiszkowe i szybkie chudnięcie chorych są następstwem ucisku torbiela na żołądek i jelita, a nie wynikają z zaburzeń w wydzielaniu się i działaniu soku trzustkowego. Wspomnieć jeszcze muszę, że w kilku przypadkach przyszło do obumarcia, a następnie do samowolnego wydzielenia ścian torbiela.

Bez porównania trudniejszem i niebezpieczniejszem, ale pewniejszem i doszczętniejszem w wyniku jest całkowite wyłuszczenie guza. Jest ono jednak wtedy tylko możliwe, jeżeli zrosty z sąsiednimi narządami można oddzielić i jeżeli mamy do czynienia z torbielem prawdziwym, posiadającym własne ściany. Baczną tutaj zwrócić musimy uwagę na naczynia i o ile możności je oszczędzić, a zwłaszcza naczynia krezkowe, by nie wywołać zaburzeń odżywczych w ścianach jelit.

Musimy pamiętać, że powyżej trzustki znajdują się trzy główne pnie tętnicy trzewowej (art. coeliaca) (t. śledzionowa, wieńcowa żołądka lewa i wątrobowa) i że ich umiejscowienie i wielkość często są zmienne. Najwięcej zmian w swoim przebiegu przedstawia tętnica śledzionowa, która wraz z żyłą przebiega na górnym brzegu trzustki. Żyła bramna przebiega z tyłu po za głową trzustki, a górną jej część tuż powyżej trzustki przykrywa tętnica wątrobowa lub jej gałęzie.

Większe jeszcze znaczenie mają naczynia, wychodzące z pod dolnego brzegu trzustki, zaopatrujące jelita, a mianowicie stosownie do przypadku albo same pnie t. i ż. krezkowej górnej, lub też ich gałęzie czcze *(jejunales)*, a zwłaszcza tętnica okrężnicowa średnia, zaopatrująca okrężnicę poprzeczną, gdyż po jej przecięciu następuje obumarcie tego jelita.

W ścisłym związku z trzustką pozostają gałązki tętnicy wątrobowej, t. żołądkowo-dwunastnicowa i t. trzustki, t. dwunastnicowa górna i żołądkowo-sieciowa prawa.

Lecz podwiązanie ich nie pociąga za sobą wielkich następstw, jak nas pouczają doświadczenia przy resekcyi odźwiernika.

Z tego powodu Kehr[12]) radzi wyłuszczenia całkowitego nie forsować, a wykonać je dopiero wtedy, gdy uda nam się torbiel na tępo oddzielić i wyłuszczyć i jeżeli żadne większe naczynie po drodze nam nie przeszkadza.

[12]) Handbuch der praktischen Chirurgie. H. v. Bergman, Mikulicz itd.

Inne dawniejsze metody operacyjne, jak przyżeganie potażem żrącym według metody Recamiera i wypuszczenie płynu zapomocą nakłócia, pomijam, gdyż te prawie nigdy do celu nie doprowadziły.

Jeżeli teraz zastanowimy się nieco nad naszym przypadkiem, to widzimy, że po stwierdzeniu guza o powierzchni gładkiej, zbitości elastycznej, usadowionego między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, przykrytego przez żołądek, a od wątroby odgraniczonego pasem o wypuku bębenkowym, a następnie po stwierdzeniu prawidłowej (pod względem chemicznym) czynności żołądka i nerek, mieliśmy prawo już nie przypuszczać, ale twierdzić, że mamy do czynienia z torbielem, wychodzącym z okolicy trzustki. Próbnego nakłócia z przyczyn powyżej wspomnianych nie wykonaliśmy.

Czy rzeczywiście guz ten był torbielem, wychodzącym z samej trzustki, czy też z torebki sieciowej, ani przed, ani po operacyi rozstrzygnąć nie zdołaliśmy. Przeciw torbielowi trzustki, a za torbielem torebki sieciowej mogłoby przemawiać to, że w wydobytej treści nie znaleźliśmy nic takiego, coby wykazywało jakiś bliższy związek fizyologiczny tego torbiela z trzustką, a nadto i ta okoliczność, że guz przy głębokich wdechach się poruszał.

Niestety te same objawy stwierdzano i w przypadkach niewątpliwych torbieli trzustkowych. Że jednak takie wyspecyalizowanie rozpoznania ma jedynie znaczenie teoretyczne, gdyż praktycznie tak w rzeczywistych torbielach trzustki, jak i w torbielach ruchomych torebki sieciowej z jednakim skutkiem stosujemy jednakowe leczenie, nie będę się wcale kusić o rozstrzygnięcie wątpliwości, a to tem bardziej, że wątpię, abym w jednym lub w drugim kierunku znalazł dość silnych argumentów, któreby zarówno mnie jak i czytelnika przekonać zdołały.

Dodatek:

Sawicki (Warszawa) (w dyskusyi na Zjeździe) oświadczył, że obserwował jeden przypadek, rozpoznany po laparotomii. Próba wyłuszczenia nie udała się. Przecięto — wszyto w ranę powłok. Pozostała uporczywa przetoka. Chora zaszła w ciążę, nastąpił poród przedwczesny, a po nim *phlegmasia alba dolens* i *exitus letalis.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Surzycki (Kraków). **O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń.** (Str. 123. XVI tablic). *(Pamiętnik Tow. lek. warsz., 1902).*

Pomimo olbrzymiego piśmiennictwa, obejmującego dział środków sercowych, witamy z wdzięcznością każdą nową pracę, gdyż tu jeszcze jest sporo nierozwiązanych pytań. Autor, znany zaszczytnie internista, uczeń Korczyńskiego, omawia po kolei leczniczą wartość naparstnicy, strofantu, strofantyny, kofeiny, teobrominy, sparteiny, heleboryny, konwalii i gorzykwiatu. Szkic historyczny, terapeutyczny i farmakologiczny, przy każdym z tych leków poprzedzają uwagi kliniczne, objaśnione kilkoma historyami chorób. Najobszerniej przedstawia S. rzecz o naparstnicy. Streściwszy ważniejsze prace, przeważnie niemieckie i francuskie (24 stronic), podaje wyniki swoich spostrzeżeń z kliniki lekarskiej krakowskiej.

Z 53 przypadków, w których stosował naparstnicę, uzyskał autor 35 razy wynik dodatni, 9 razy ujemny,

w trzech wątpliwy, w 6-ciu zaś przypadkach z powodu powikłań lub przerw w spostrzeganiu nie można było dojść do żadnego wyniku. W trzech przypadkach stosował digitalinę po $^1/_2$ miligr., lecz wystąpienie nudności i wymiotów u chorych zmusza autora do zaprzestania digitaliny. Jakkolwiek autor podaje tylko kilka historyi choroby w streszczeniu i nie objaśnia szczegółowo, jak pojmuje „dodatni wynik“, to przecież z uwag odnoszących się do kilku spostrzeżeń, ilustrowanych tablicami sfigmograficznemi, widać obserwatora, surowo i krytycznie oceniającego wyniki terapeutyczne. Najzupełniejszą np. ma słuszność, gdy zaznacza niepewność działania poszczególnych środków sercowych, i gdy twierdzi, że „nigdy nie powinno się zostawiać chorego przy jednym leku, lecz należy zmieniać raz po raz, by właśnie natrafić (bo tego nie można inaczej nazwać) na najbardziej skuteczny środek“. Na uwagę zasługuje stwierdzenie korzystnego działania stale podawanych dawek naparstnicy u chorych z wadami serca, przeważnie w zmianach miażdżycowych; całymi miesiącami podawał autor 0,10 dziennie i przez to utrzymywał chorych w „stosunkowo świetnym stanie“. Wielka szkoda, że brak tu bliższych szczegółów z historyi chorób, gdyż jakkolwiek Balfour już przed 7 laty polecił stosowanie małych dawek naparstnicy miesiącami i wielu lekarzy naśladuje ten sposób, a w praktyce nieraz i u nas to się czyni, to przecież sprawa ta wymaga dokładniejszych wyjaśnień pomimo obszernych dyskusyi na kongresach medycyny wewnętrznej.

Zbiorowego działania, pomimo podawania 5 dawek (à 1: 200) po sobie, a w innym przypadku przez 11 dni (1 dzień przerwy), autor nie spostrzegał: przypuszcza, że zależy ono od osobniczych właściwości i od dobrego stanu przewodu pokarmowego. W przypadkach przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego z tętnem zwolnionem (44—50), naparstnica poprawiała czynność serca i sprowadzała przyspieszenie tętna. Zdaniem autora naparstnica nie jest przeciwwskazaną w przypadkach zwolnionego tętna, „byleby charakter tego tętna, arytmia i tętno próżne wskazywały na osłabioną czynność serca“. Jeżeli wystąpi oprócz przyspieszenia tętna jeszcze arytmia, duszność, jeżeli stan się pogarsza, należy zaprzestać podawania naparstnicy. Jeżeli zwężeniu zastawki dwukończystej lub tętnicy głównej, lub znaczniejszej miażdżycy u ludzi starszych towarzyszy zbytnia powolność skurczów serca, wtedy naparstnica zdaniem autora jest bezwarunkowo przeciwwskazaną.

Swoistego wpływu naparstnicy na przebieg zapalenia płuc nie mógł autor wykazać; również i w chorobie Basedowa środki sercowe są bez wpływu.

Na ilość moczu naparstnica w połączeniu z kalomelem wpływa znakomicie*). W niewyrównanych wadach serca rokuje autor zawsze źle, jeżeli po naparstnicy nie nastąpi wyraźna poprawa. Twierdzenie to ilustrują trafnie zdjęcia sfigmograficzne i przebieg kilku przypadków. Czasami używał naparstnicy jako środka rozpoznawczego — dla uspokojenia nadmiernie przyspieszonej czynności serca, szczególnie u osób nerwowych, niedokrewnych.

W przewlekłych zapaleniach nerek stosował autor naparstnicę (w 40 przyp.), zwłaszcza wobec zmian w sercu, w puchlinie; moczenie prawie zawsze się zwiększało, chyba że serca było wyczerpane. Nawiasowo nadmienia, z czem wielu lekarzy się zgadza, że sfigmomanometryczne wyniki, uzyskane przyrządem Bascha w tych przypadkach, są bez wartości.

Tr. strophanthi podawał autor w 48 przypadkach, z których w 33 uzyskał wynik dodatni, w 12 ujemny (3 przyp. wad sercowych, 3 marsk. wątroby, 3 choroby Brighta, 2 zapal. płuc, 1 ch. Basedowa); w 3 działanie było wątpliwe. W ogólności potwierdza autor dotąd znane fakty. Sfigmograficzne tabl. V., VI, VII, VIII., IX., X., ilustrują działanie nalewki strofantowej w poszczególnych przypadkach. Tra strophanthi działa o wiele szybciej, niż naparstnica i niema wpływu zbiorowego. Szczególnie w przypadkach, w których chorzy nie mogą zostawać w obserwacyi ciągłej lekarza, zaleca autor 30—40 kropel na dzień. Przypadłości żołądkowe stanowią przeciwwskazanie.

Strofantynę podawał autor w 10 przypadkach (chorób serca i nerek) i tylko w pięciu stwierdził pewną poprawę. Strofantyna sprowadza często zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Dawka wynosiła od 3 miligr. do jednego centigr. trzy razy dziennie. Jedna chora wyżyła 30 miligr. ze znacznem polepszeniem.

Sąd ogólny autora o działaniu strofantyny jest korzystny. Tam, gdzie chwilowo nie możemy podawać naparstnicy, w przypadkach, w których często nie możemy badać i obserwować, w przestankach pomiędzy lekami sercowymi, dla podtrzymywania ich działania, tam strofantyna jest wskazana. Naparstnica wszakże działa w przeważnej liczbie przypadków pewniej i lepiej; również strofantyna działa moczopędnie, chociaż nie swoiście.

Kofeinę stosował autor u znacznej liczby chorych, leczonych ambulatoryjnie, a w 16 przypadkach klinicznie spostrzeganych. Na 8 wad sercowych stwierdził u 5 wynik dodatni, u 3 bardzo mały. W zapaleniu płuc u 2 chorych miał autor dobry wynik, w jednym nie było żadnego polepszenia, w 1-szym wynik ujemny. Zwyczajna dawka wynosiła gram dziennie, wyjątkowo stosował podskórnie lub w czopkach.

Za najlepszy przetwór uważa cytrynian koffeiny i czystą kofeinę. W cięższych przypadkach niewyrównanych wad sercowych kofeina zawodzi. Tam gdzie chodzi o działanie wybitne i prędkie, zaleca S. naparstnicę w naparze z dodatkiem 1—1,50 kofeiny. W zwyrodnieniach mięśnia sercowego kofeina zdaje się być najmniej odpowiednią; w stanach zapalnych osierdzia lub śródsierdzia nie powinno się podawać wogóle kofeiny; najlepiej ona działa w krótkotrwałych niedomogach, w przemęczeniach serca. Podawanie kofeiny w chorobach zakaźnych (autor widocznie ma na myśli — „gorączkowych zakaźnych“) 0.50—1·0, jest bardzo odpowiednie; niestosowną jest kofeina natomiast w chorobie Basedowa i w nerwowem biciu serca. Jako środek moczopędny, szczególnie w wysiękach zapalnych surowiczych, działa kofeina lepiej, niż diuretyna; dawki 1,25 dziennie nigdy autor nie przekraczał. Osobiście mogę potwierdzić te uwagi z tym wszakże dodatkiem, że podskórnie stosowana działa lepiej.

Teobrominę stosował autor w 14-tu przypadkach (6 wad sercowych, 5 choroby Brightа, resztę stanowiły wypocina opłucnowa, marskość wątroby, zapalenie płuc dławcowe). Podawał 0·5—1·0, pomimo to diureza znacznie wzrastała. Zbiorowego działania nie stwierdzono. Sądzę, że zbyt rzadko stosowaną była teobromina. Mojem zdaniem jest to jeden z najdzielniejszych środków moczopędnych, leków przeciw dusznicy sercowej, miażdżycy tętnic wieńcowych, a nadto ma tę wielką zaletę, że połączenia teobrominy są prawie w zupełności wolne od ubocznych działań.

Sparteiny używał w 11-tu przypadkach, przeważnie w wadach serca; (u trzech z cierpieniem nerek — prawie bez wpływu). Jakkolwiek już w parę godzin stwierdzić można działanie sparteiny, ale gdzie chodzi o energiczniejszy wpływ, tam zawodzi i sparteina, nie dorównywa nawet strofantowi. W przypadkach dusznicy bolesnej, w nerwowem kołataniu serca, widywał autor dobre skutki, szczególnie w kombinacyi z bromem lub morfiną. Dawki 0·025, trzy razy dziennie były dostateczne, jakkolwiek dawki większe żadnych zaburzeń nie sprowadzają. W pauzach pomiędzy naparstnicą sparteina podtrzymuje jej działanie i chorzy dobrze ją znoszą; zbiorowego działania autor nie widział. Dołączone tablice z dwóch przypadków doskonale ilustrują działanie sparteiny.

Ciemiernik zielony zawiera dwa glikozydy, z których heleborynę doświadczalnie już zbadano. Tętno staje się

*) Kombinacyi tej poświęciłem kilka uwag w mojej »Terapii chor. serca« (str. 140). Tam gdzie chodzi o działanie szybkie, zalecałbym kalomel. *Przyp. sprawozd.*

nieregularnem i wolniejszem po kilku dawkach; po okresie krótkotrwałym wzmożenia się ciśnienia następuje spadek, a w trzecim końcowym okresie skurczowe zaprzestanie bicia serca. Autor stosował napar z 0·30—0·40 na 200,0, w ciągu doby, a dawki większe, np. 0·50—0·80 już sprowadziły silne zaburzenia żołądkowe. Wpływ na serce nieznaczny (na 10 przypadków wad sercowych stwierdził 6 razy wynik dodatni); ilość moczu wzrasta, obrzęki ustępowały, tętno wolniało, ale korzystny ten wpływ był krótkotrwały. Chyba dla chwilowego zastąpienia innych środków sercowych zaleciłby autor ciemiernik. Zaburzenia w przewodzie pokarmowym przy dawkach nieco większych odstręczają od rozleglejszego zastosowania ciemiernika.

Konwalię stosował autor w dawkach 5·0—6·0: 200 z ogólnym niekorzystnym wynikiem (8 przypadków). Jeszcze mniejszy wpływ wywiera nalewka konwaliowa 30—40 kropel dziennie. W połączeniu z kofeiną wyniki były lepsze.

Gorzykwiat wiosenny podawany był w 6 przypadkach, wybitnego wpływu na serce nie wywarł; natomiast działanie moczopędne bywało nieraz znaczne, szczególnie w połączeniu z kofeiną. W przypadkach, w których nudności i wymioty występują, zaleca autor gorzykwiat mrożony, albo w lewatywach.

W uwagach końcowych wypowiada autor kilka cennych uwag, wziętych z praktyki, o oględnem stosowaniu środków sercowych, leczeniu spokojem, bez leków, wczesnych okresów chwilowej niedomogi serca. Jeżeli po ruchach (w ozdrowieniu) liczba tętna wzrasta tylko o 12—16 do 20 uderzeń na minutę w porównaniu z tętnem podczas spokoju, wtedy autor uważa serce za wypoczęte i zdolne do dalszej pracy. Na pierwszem miejscu stawia przecież naparstnicę, obok zasady częstego zmieniania leków sercowych: szesnaście tablic przedstawiają graficznie działanie moczopędne, sercowe, wpływ na oddech itd. poszczególnych środków.

Język nie wszędzie bez zarzutu, germanizmy np. „powodują zwiększenie ilości moczu“, „chorzy znoszą bez szkody“, „wywołuje powiększenie ilości moczu“, „działanie kumulatywne i kumulacyjne“, „po 19 dniach nie brania żadnych środków“, „bierze naparstnicę“, „chorych z niższej klasy“, „naparstnica nie może podnieść tej ilości moczu“ ... chyba tylko przypadkiem się zakradły. Istotnej wartości pracy nie czyni to ujmy: jako materyał kliniczny obfituje ona w mnóstwo trafnych uwag i spostrzeżeń, rozrzuconych niemal na każdej stronicy. Nie jest to traktat, lecz rzecz żywcem wzięta z spostrzegania u łoża chorego, nie przykrojona do teoretycznych rozumowań, „nie obrobiona“, lecz przypominająca świetne prace niektórych naszych poprzedników, u których po dzień dzisiejszy nie styl podziwiamy, lecz nadewszystko dar spostrzegawczy.

Prymaryusz Dr. W. Pisek (Lwów).

V. Wyciągi.

L. Crandon. **Patogeneza i anatomia patologiczna przerostu gruczołu krokowego.** (*Annals of Surgery*, grudzień, 1902 roku). Autor podjął badania w pracowni i pod kierunkiem Malloryego, w celu sprawdzenia wyników pracy Ciechanowskiego. Za materyał do badania służyło mu 37 gruczołów krokowych ze starców, w tej liczbie 12 powiększonych, 24 nie powiększonych, a 1 gruczoł zmniejszony. Oprócz zwykłych sposobów barwienia używał autor sposobu Malloryego dla zabarwienia tkanki łącznej, oraz sposobów Weigerta dla barwienia włókien elastycznych i nerwów. W przeszło połowie przypadków zauważył Crandon w ujściu pęcherza istnienie zastawkowatego fałdu, poza którym dno pęcherza było zagłębione. Autor sądzi, że to zagłębienie jest skutkiem zmian w samej ścianie pęcherza. Roztrząsając kolejno zapatrywania różnych autorów na rodzaj tych zmian, dochodzi autor do wniosku, iż bujanie tkanki łącznej w ścianie pęcherza starców może być nietylko pozorne wskutek zaniku mięśni, lecz także i rzeczywiste, co mogłoby zależeć od spraw zapalnych w pęcherzu; miażdżyca nie gra tu roli, ani ogólna, ani miejscowa, zajmująca naczynia ściany pęcherzowej. Wskutek tych zmian w ścianach pęcherza kurczliwa jego energia słabnie, nie może on wyprzeć całego nagromadzonego moczu, przyczem dno pęcherza zagłębia się poza ujściem, ściślej przymocowanem do spojenia łonowego. Niewydolność pęcherza znacznie się wzmaga, jeżeli dołączą się zmiany zapalne, pozostałe po przewlekłej rzeżączce, lub wywołane przypadkowo (n. p. zakażenie przy cewnikowaniu).

Ogólne wnioski autora nie wiele różnią się od zapatrywań Ciechanowskiego i są następujące: *a)* Niedomoga pęcherza u starców, nosząca klinicznie nazwę „prostatyzmu“, nie jest jednolitą jednostką chorobową, lecz sprawą złożoną; ma ona jednak zawsze wyraźną podstawę anatomiczną; *b)* nie zależy od zwyrodnienia tłuszczowego mięśni pęcherza, ani od otłuszczenia; *c)* nie jest w związku z miażdżycą tętnic pęcherza, gdyż zmiany w tych naczyniach nie pozostają w stałym stosunku do zmian ściany pęcherza; *d)* przyczyny niedomogi pęcherza u starców są następujące: 1. zanik mięśnia pęcherzowego i rozwój nadmierny tkanki łącznej; 2. mechaniczna przeszkoda dla odpływu moczu, usadowiona w ujściu pęcherza (fałd zastawkowaty, lub guzek zastawkowaty, powstający z powiększonych gruczołów dodatkowych, znajdujących się stale w ujściu), lub w krokowej części cewki (powiększenie płatu bocznego gruczołu krokowego); 3. przewlekły nieżyt pęcherza, wzmagający działanie tamtych dwóch przyczyn przez wywołanie dalszych zmian w ścianie pęcherza; 4. w rzadkich przypadkach kamienie pęcherzowe, wzmagające również działanie tamtych przyczyn, a wyjątkowo stanowić mogące przyczynę pierwotną niedomogi pęcherza. *e)* Zmiany ściany pęcherza mogą same być przyczyną jego niedomogi, ale zazwyczaj główną przyczyną jest przeszkoda mechaniczna w odpływie moczu; *f)* skłonność do tych wszystkich zmian wzrasta z wiekiem; *g)* najwybitniej występuje niedomoga w tych przypadkach, w których równocześnie spotkają się wszystkie przytoczone czynniki (zanik mięśnia, rozwój tkanki łącznej, zapalenie pęcherza i powiększenie gruczołu krokowego).

W drugiej części pracy podaje autor makroskopowy i mikroskopowy obraz gruczołu krokowego prawidłowego, opierając się na najnowszych badaniach (Walkera, Antoniniego i innych), a następnie przechodzi do opisu przerosłego gruczołu krokowego na podstawie badań własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa. Przerosłe gruczoły krokowe, które badał autor, ważyły 27 do 180 gramów, posiadały spójność rozmaitą, na przekroju, odpowiednio do spójności, przedstawiały się bądź jako ciało gąbczaste, bądź jednolite. Co do cech makroskopowych, to autor nie zauważył nic szczególnie nowego: w sprawie powstawania „płatu średniego“ przychyla się do zapatrywań Joresa, według którego przyczyna tej postaci przerostu leży w gruczołach dodatkowych, znajdujących się w tylnej wardze ujścia pęcherzowego.

Badając pod mikroskopem zachowanie się poszczególnych składników utkania w przerosłych gruczołach krokowych, stwierdził autor, że mięśnie gładkie zdają się nigdy nie ulegać prawdziwemu przerostowi; jeżeli zaś spotyka się gdzieniegdzie obficiej komórki wrzecionowate, podobne na pierwszy rzut oka do mięsnych, to zapomocą barwienia sposobem Malloryego łatwo się przekonać, że są to komórki młodej tkanki łącznej. Tkanka łączna w przerosłych gruczołach krokowych jest zawsze obfitszą i różni się od prawidłowej tkanki łącznej gruczołu wystąpieniem nacieków drobno-okrągłokomórkowych, oraz ognisk wyraźnie bliznowatych. Jedne i drugie leżą najczęściej w bezpośredniem sąsiedztwie gruczołów, t. j. tuż pod ich wyściółką nabłonkową; często widzieć można, że otaczają dookoła przewód gruczołowy, wywołując jego zwężenie, a nawet zupełne zamknięcie. Ilość tkanki elastycznej w powiększonych („przerosłych“) gruczołach krokowych pozostaje bez zmiany. Przestrzenie gruczołowe w przerosłych gruczołach krokowych są rozszerzone, a nabłonek ich w miarę tego rozszerzenia spłaszcza się i w końcu zanika; zanikają też stopniowo, w miarę wspomnianego rozszerzenia, przegrody między sąsiedniemi gruczołami. W rozszerzonych gruczołach znajduje się zawsze treść, złożona ze złuszczonych nabłonków, ciałek skrobiowatych i ciałek białych krwi, w rozmaitym stopniu ze sobą pomięszanych.

Zgodnie z Socinem i Ciechanowskim dochodzi autor do wniosku, że to rozszerzenie przestrzeni gruczołowych jest główną podstawą powiększenia się „przerosłych“ gruczołów krokowych. Rozszerzenie to może występować albo ogniskowo, zajmując grupę gruczołów, mających wspólny przewód, wskutek czego powstają guzy, wypuklające się na świeżym przekroju przerosłych gruczołów krokowych, „gruczolaki rzekome“, jak je nazywa Ciechanowski; lub też rozszerzenie takie zjawia się nieregularnie w różnych okolicach narządu, w gruczołach, nie mających wspólnego przewodu. W obu przypadkach to rozszerzenie gruczołów jest skutkiem zwężenia lub zamknięcia przewodów, odprowadzających wydzielinę z całej grupy lub z pojedynczych gruczołów, przez naciek lub blizny

w tkance łącznej podścieliskowej. W podobny sposób przy zaciśnięciu dróg wydzielniczych wytwarzają się drobne torbielki w przewlekłem zapaleniu sutka i w pewnych rodzajach przewlekłego zapalenia nerek. Że rzeczywiście rozszerzenie gruczołów, wywołane zmianami łącznotkankowemi, usadowionemi około przewodów, jest przyczyną t. zw. przerostu gruczołu krokowego, dowodzi rzadkość przerostu przedniego spoidła gruczołu krokowego, w którem gruczoły znajdują się według Aschoffa tylko wyjątkowo, a więc w którem zazwyczaj brak materyału do t. zw. przerostu. Bardzo ważną rolę w powstawaniu powiększenia gruczołu krokowego gra umiejscowienie zmian łącznotkankowych w podścielisku; nacieki i blizny podścieliska muszą pociągnąć za sobą tem znaczniejsze i rozleglejsze rozszerzenie przestrzeni gruczołów obwodowych, im leżą bliżej cewki moczowej, t. j. im grubsze przewody otaczają i zaciskają. Zmiany podścieliska, usadowione tylko na obwodzie, a nie dotyczące środkowych części gruczołu krokowego, sprowadzić mogą — odwrotnie — zmniejszenie całego narządu. Na to ważne znaczenie umiejscowienia zmian podścieliska, wykazane przez Ciechanowskiego, kładzie autor wielki nacisk, a zapatrywania swoje na histogenezę t. zw. przerostu gruczołu krokowego wogóle określa zgodnie z Greenem i Brooksem, jako nie różniące się od zapatrywań Ciechanowskiego, przytaczając te ostatnie dosłownie.

W trzeciej części pracy Crandon zajmuje się przyczynami opisanych zmian drobnowidowych w gruczole krokowym: roztrząsa krytycznie wygłoszone dotąd teorye i dochodzi do wniosku, że główną podstawą tych zmian są przewlekłe sprawy zapalne; pewne znaczenie posiadać też mogą starcze zmiany wsteczne.

W końcu autor streszcza swoje zapatrywania w następujący sposób: 1. Wspólną przyczyną zwykłej postaci powiększenia (przerostu) gruczołu krokowego i pewnych rodzajów jego zaniku jest wytwarzanie się tkanki łącznej, wskutek zmian zapalnych, zakaźnych, lub tychże zmian w połączeniu z wstecznemi sprawami starczemi: 2. Przyczyną tych zmian zapalnych i zakaźnych jest, jak się zdaje, najczęściej rzeżączka, za czem przemawia: *a)* wielka jej częstość wogóle, *b)* rzadkość innych przyczyn zapalenia w tej okolicy, *c)* ogromne podobieństwo zmian histologicznych rzeżączkowych ze zmianami histologicznemi w t. zw. przeroście gruczołu krokowego. 3. Zdarzają się prawdziwe włókniaki i gruczolaki gruczołu krokowego, lecz są bardzo rzadkie.

Praca ilustrowana jest kilkunastu doskonałemi fotografiami drobnowidowemi. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Herzberg. **Czy w jamie ustnej oseska, karmionego przez mamkę, znajdują się paciorkowce.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1, 1903). Do badań brał autor dzieci dobrze rozwinięte, zdrowe, karmione przez zdrowe mamki, jużto z praktyki prywatnej, już też brane ze szpitali. U wszystkich znalazł paciorkowce tak w preparatach mikroskopowych, jak i w hodowlach. Paciorkowce układały się czasami w długie, czasami w krótkie łańcuszki. *P.*

Garrè. **Przypadek prawdziwego obojnactwa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Dwudziestoletni osobnik, wychowany jako chłopak, zgłosił się do kliniki. Budowa jego ciała odpowiadała kobiecej, co 4 tygodnie były regularne krwawienia z narządu rodnego. Narząd ten przedstawiał się jako dobrze rozwinięty, nie mający otworu członek; wiotkie, dobrze owłosione części rodne, obejmujące otwór, który komunikował z pęcherzem. Badanie przez odbytnicę wykazało po stronie lewej postronek, zdążający od cewki ku linii bezimiennej aż do dwóch tworów wielkości jaja gołębiego, obok siebie leżących, z których jeden był nieco guzowaty; po prawej jedno tylko ciało, leżące przed kanałem pachwinowym, co do którego nie dało się rozstrzygnąć, czy to był jajnik, czy jądro. Operacya i następowe badanie histologiczne ciała po stronie prawej wykazały obecność jądra i przyjądrza, jajnika i przyjajnika, z czego wynika, że osobnik ten był prawdziwym obojnakiem. Przypadki, przytaczane w piśmiennictwie, nie wytrzymują krytyki; przypadek Salena demonstrowany w niemieckiem Towarzystwie patologicznem nie jest opisany. Właściwe znaczenie opisanego przypadku polega na tem, że po raz pierwszy znaleziono u tego samego osobnika żyjącego jądro i jajnik, a temsamem udowodniono istnienie prawdziwego obojnactwa. *B. Żmigród.*

Goebel. **Ciąża powikłana z rakiem części pochwowej.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48, 1902). Według zdania autora, jeżeli się znajdzie w macicy ciężarnej zmiany rakowate, należy ratować życie matki, to jest usunąć macicę rakowatą, a nie zwracać zupełnie uwagi na płód z wyjątkiem tych przypadków, gdzie płód wydobyty jest zdolny do życia. W tych właśnie przypadkach należy wydobyć płód, a potem macicę. W miesiącach wcześniejszych ciąży trzeba wydobyć macicę wraz z płodem, najlepiej przez pochwę: udawać się to ma do 5-go miesiąca ciąży, w miesiącach późniejszych drogą laparotomii. W końcu opisuje autor wydobycie macicy ciężarnej w 6-tym miesiącu ciąży, dotkniętej rakiem części pochwowej. *P.*

Bogdanik. **Niedrożność jelita przy kamicy żółciowej.** (*Wiener med. Presse* 45, 1902). W dwóch przypadkach robił autor laparotomię: w jednym z powodu rozpoznanego wpochwienia, w drugim z powodu niedrożności jelita bez bliższego określenia przyczyny. Tymczasem okazało się przy operacyi, że przyczyną niedrożności w obu przypadkach były duże kamienie żółciowe, chociaż przed operacyą nie było żadnych objawów, świadczących o jakiemkolwiekbądź schorzeniu dróg żółciowych. Istnieć więc mogą przypadki kamicy żółciowej, w których się wytwarzają duże kamienie, przechodzą przez drogi żółciowe do dwunastnicy, a później dają powód do zamknięcia jelita, mimoto jednak nie występują przedtem żadne zgoła objawy ze strony dróg żółciowych. *B. Żmigród.*

Kristinus. **Ciąża trąbkowa obustronna.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). U wieloródki, która odbyła cztery porody prawidłowe i jeszcze karmiła ostatnie dziecko, znalazł autor ciążę trąbkową obustronną. W jednej trąbce całe jaje płodowe utrzymane, usadowione było w części trąbki w całości utrzymanej bliżej macicy; odwrotnie w trąbce drugiej jaje usadowione było w brzusznym końcu trąbki. Trąbka na szczycie guza była pęknięta, przez otwór wylała się część krwi do jamy brzusznej, reszta zaś w postaci skrzepów otaczała jaje. Przy wykonanej laparotomii wycięto obie trąbki wraz z jajnikami, mimoto w odpowiednim czasie po wyzdrowieniu pojawiła się zupełnie prawidłowa miesiączka. Autor przypuszcza, że obustronna ciąża trąbkowa powstała dlatego, że osoba ta przebyła po ostatnim porodzie zapalenie obu trąbek z obfitym odpływem, skutkiem czego trąbki były łatwiej drożne, a macica sama zanikła skutkiem karmienia. *P.*

Bronsztejn i Grinblat. **Różniczkowe rozpoznanie lasecznika błoniczego od rzekomobłoniczego.** (*Russkij Archiw patologii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1902, tom XIV, zeszyt 5). Laseczniki błonicze, rozwijając się w bulionie, zmieniają jego odczyn, jak wiadomo, na kwaśny; laseczniki zaś rzekomobłonicze nie wytwarzają wcale kwasu, lub co najwyżej ślad jego, w wielu zaś razach nawet podnoszę alkaliczność bulionu. Cecha ta, według Neissera, jest najważniejsza dla różniczkowego rozpoznania. B. i G. podają własny sposób dla tem łatwiejszego i ściślejszego oznaczenia zmiany odczynu bulionu. W tym celu posługują się nieco zmienionym odczynnikiem Mańkowskiego, który od najmniejszych ilości kwasu barwi się na czerwono, od najmniejszego zaś śladu alkaliczności — na zielono. Składa się on z dwóch części roczynów: I—*2,0 indigo carmini* i *100,0 aq. dest.*, II—*10,0 säurefuchsinii 100 ctm.*³ 1% *KOH;* przed użyciem roczyny te mięszają się w następującym stosunku: 2 części I-go + 1 część II-go + 22 części wody przekroplonej. Bulion powinien zawierać ½% glukozy i mieć odczyn obojętny na odczynnik Mańkowskiego. Zasiawszy na bulion badaną hodowlę, wstawiamy go do termostatu; po upływie doby dolewamy do bulionu 3 krople odczynnika Mańkowskiego. Jeśli mamy do czynienia z hodowlą lasecznika błoniczego, bulion barwi się natychmiast na czerwono; jeśli zaś badany lasecznik jest rzekomobłoniczy, to wystąpi barwa zielona, pojawiająca się po upływie 1—2 minut; dopiero po następnych 12-tu godzinach zabarwienie to zmienia się na czerwone. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Arnold W. W. Lea. **Przypadek nagłego wypadnięcia cewki moczowej.** (*Journal of obstetrics and Gynaecology of the Britisch Empire.* Styczeń, 1903). Wypadnięcie cewki moczowej zdarza się zwykle u dzieci, lub starszych kobiet, u których narządy rodne są zmienione i zwiotczałe. W przypadku opisanym wypadnięcie nastąpiło u 35-letniej, zdrowej, dobrze rozwiniętej osoby. Między wargami mniejszemi, w miejscu odpowiadającem ujściu cewki, sterczał bardzo bolesny i łatwo krwawiący siny guz, podobny do krwawnicowego. Odprowadzenie nawet w uśpieniu było niemożliwe; odcięto przeto u podstawy wysterczającą część i obszyto błonę śluzową katgutem. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Dr. C. Neck. **W sprawie przepłókiwań żołądka.** (*Ctrbl. für Chir.* 1902, Nr. 52). Przygotowując chorego do operacyi w żołądku, przepłókuje go N. sondą lewarową w położeniu poziomem chorego tak długo, aż wylewający się płyn stanie się zupełnie czysty. Wówczas, nie wyjmując sondy, układa chorego skośnie (głowa nizko, a miednica bardzo wysoko) i wtedy jeszcze zwykle znaczne ilości wody się wylewają. Doświadczenia na zwłokach wykazały, że w ten sposób można żołądek w zupełności opróżnić. (Do tego samego celu dojść można w sposób równie łagodny, używając np. pompy Jaworskiego. *Przyp. ref.*). *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Rudolph (Magdeburg). **Leczenie gruźlicy płuc przetworami wapna naprzemian z tuberkuliną.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48, 1902). Nić przewodnia postępowania leczniczego, podanego przez autora, polega na znanem prawidle, że wyleczenie gruźlicy płuc można wówczas uważać za dokonane, jeśli w miejscu choroby wytworzył się przerost i bujanie tkanki łącznej, lub też ognisko gruźlicze uległo zwapnieniu; że ustrój jest istotnie skłonnym do takich zmian, nie ulega wątpliwości. Wstrzykiwania więc tuberkuliny mają pociągnąć za sobą właśnie rozrost tkanki łącznej: wiadomo bowiem, że tuberkulina wywołuje w ognisku gruźliczem przekrwienie, które znów, powtarzając się częściej, pobudza tkankę łączną do rozrostu. Z drugiej znów strony widać w ustroju ludzkim tę dążność do zwapnienia i otorbienia ciał obcych w ogólności, by je w ten sposób uczynić nieszkodliwemi; tę właściwość można znów wzmocnić, wprowadzając większe ilości wapna do ustroju. Autor więc stosował u swoich chorych wlewania wody wapiennej, a nadto trzy razy dziennie po $^1/_2$ łyżeczki proszku: *Calc. carb.*, *Calc. phosphor aa 20·00*. Obok tego od czasu do czasu wstrzykiwał tuberkulinę; wyniki miały być bardzo dobre i wielce zachęcające do dalszych prób. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Lange. **O zastosowaniu adrenaliny, jako leku tamującego krwotoki w przypadkach rozpaczliwych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Pierwszy raz zastosował autor adrenalinę w przypadku, w którym żaden ze środków tamujących krew nie doprowadził do celu; chory był krwawcem, a trzeba było z powodu ropówki dłoni zrobić nacięcie. Wytamponowano całą ranę gazą, zamaczaną w rozczynie chlorku adrenaliny (*solutio adrenalini hydrochlorici*), zmięszanego w równych częściach z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej; krwotok ustał i nie powtórzył się więcej. Następnie użyto jej w dwóch przypadkach znacznego, opierającego się wszelakim lekom, krwotoku u chorych, operowanych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Zauważono przytem, że wydzielina z rany od czasu zastosowania adrenaliny się zmniejsza, a tłomaczy się to zmniejszeniem zapalnego przekrwienia. Raz zastosowano adrenalinę przy uporczywem, długo trwającem krwawieniu z nosa, przyczem wysączkowano przewody nosowe gazą zmaczaną w adrenalinie i krwotok ustał. Stosowano adrenalinę i wewnętrznie: podawano raz w krwotoku płucnym, raz w wymiotach krwotocznych (2 razy po 30 kropli), i krwotoki ustawały. Przytoczonych sześć przypadków pouczyło, że zyskaliśmy w adrenalinie znakomity środek przeciwkrwotokowy, tembardziej, że sposób stosowania jest bardzo prosty, a szczególniej wygodny dla lekarza praktycznego. Dalsze spostrzeżenia wykażą, czy też nie da się środek ten zastosować w rozległych krwotokach macicznych. *B. Żmigród.*

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Dokończenie).

Dr. Stiles (Waszyngton). *Choroba wywołana tęgoryjcem (ankylostomiasis)*. Autor podaje, że „ankylostomiasis" jest chorobą bardzo rozpowszechnioną między ludnością białą okolic piaszczystych w południowej części Stanów Zjednoczonych, a o wiele rzadszą na terenach gliniastych: jest więc przeważnie chorobą obszarów piaszczystych.

Niedokrewność w stanach południowych piaszczystych, przypisywaną przedtem zimnicy i złemu odżywianiu się, należy odnieść w rzeczywistości do zakażenia tęgoryjcem.

Dr. Jamgoth (Aleksandrya). *Leczenie przymiotu u Arabów, jego niebezpieczeństwo pod względem społecznym i niezbędne pod tym względem reformy.*

Mowca opisuje różne zajmujące a nie naukowe sposoby leczenia przymiotu u Arabów, dziwiąc się, że mimo tego partactwa choroba ta tak łagodnie przebiega w Egipcie i radzi aby: 1) Ustanawiać w głównych miastach Egiptu i Sudanu zakłady, gdzieby chorym ubogim wydawano lekarstwa bezpłatnie. 2) Pouczać publiczność zapomocą wykładów, prasy, broszur itp. o okolicznościach, powodujących zakażenie i o niebezpieczeństwach przymiotu nieleczonego z punktu widzenia osobistego i społecznego. 3) Ustanowić prawo, mocą którego każdy wstępujący w związek małżeński miałby obowiązek dostarczenia świadectwa lekarskiego, że jest zdrów pod tym względem.

Dr. Engel bey (Kair). *Klimat Egiptu.*

Egipt, otoczony ze wszystkich stron pustyniami, z wyjątkiem morza śródziemnego, posiada klimat pustynny, charakteryzujący się wysoką ciepłotą i znaczną różnicą między stopniem ciepłoty w dzień a w nocy. Różnica ta w miarę zbliżania się ku równikowi staje się coraz wybitniejszą. Nad brzegami morza śródziemnego klimat jest więcej umiarkowany, ztąd i ta różnica nieznaczna. W Egipcie wieje przeważnie wiatr północny, a tylko na wiosnę wiatr południowy, zwany „hamsin". Pod koniec jesieni i w zimie padają czasem deszcze: częściej w Aleksandryi, rzadziej w południowej części Egiptu. Śniegu niema nigdy. Miesiąc styczeń jest najzimniejszy. Średnia ciepłota w Kairze jest w tym czasie 7°, *maximum* 22°. Niebo ciągle pogodne, słońce zawsze jasne, a świeci w każdym razie dłużej, niż gdziekolwiek indziej. Lato jest gorące: średnia ciepłota w Kairze 29°, w Assuan 35°, w Aleksandryi 27°. Długie upały letnie sprawiają, że obcokrajowcy stają się nerwowymi, niedokrewnymi i doznają ogólnego osłabienia; ulegają też cierpieniu niemało: krążenie krwi, łaknienie, czynności przewodu pokarmowego i narządów wewnętrznych. Choroby przewodu pokarmowego i narządów wewnętrznych przeważają zatem w Egipcie, podczas gdy choroby piersiowe są daleko rzadsze, niż w Europie. Gruźlica płuc, która przepełnia sale szpitalne w Europie, stanowiła tylko nieznaczny odsetek i to przeważnie tylko między sudańczykami, przybyłymi z kraju cieplejszego, niż Egipt. Gościec stawowy jest daleko rzadszy, a przymiot, jakkolwiek bardziej zaniedbywany przez tubylców, przebiega daleko łagodniej, niż w Europie. Gościec stawowy jest rzadkością, ztąd i choroby sercowe, wynikające z gośćca, są rzadkie; natomiast często występują one w następstwie nadużywania kawy, tytoniu i korzeni. Zapalenia spojówek i choroby skórne są bardzo częste, jak niemniej choroby, spowodowane przez pasorzyty narządu pokarmowego, oraz przez komary. Klimat Egiptu, szczególniej w zimie, jest odpowiedni do leczenia chorób przewlekłych, dla których zimno i wilgoć są przeciwwskazane i dla chorych, którzy szukają słońca, czystego i suchego powietrza, a są jeszcze na tyle silni, aby znieść trudy podróży. Jest rzeczą naturalną, że chorzy powinni spędzić czas najzimniejszy w górnym Egipcie, mniej zimny w Heluan i Kairze, a potem, stosownie do sezonu, w Aleksandryi.

Dr. Saleh bey (Kair). *Leczenie poospowych owrzodzeń guzkowych t. zw. metodą metaliczną.*

Zważywszy, że powietrze, otaczające światło, oraz zmiany atmosferyczne, przyspieszają ropienie pryszczów, rozmyśliwał autor nad tem, aby stworzyć błonkę obojętną, nierozpuszczalną i nieprzemakalną, jednem słowem wytworzyć sztuczny przybłonek, przylegający do powierzchni ranki, pod którymby się miała wytworzyć blizna. Używał on w tym celu listków złota metalicznego i miał otrzymać zdumiewające wyniki. Ciepłota ciała opadała, majaczenia ustawały, a co najważniejsza, nie było blizn poospowych, tak szpecących oblicze.

Dr. Parissis bey (Kair): *Medycyna w Abisynii.*

Dr. Parissis, który przez 2 lata pełnił obowiązki naczelnego lekarza Negusa Jana, odczytał studyum, poparte licznymi dowodami, o medycynie w Abisynii. Opisuje on rozlegle sposoby, używane przez Abisyńczyków w celu leczenia chorób zakaźnych, zimnicy, ospy, przymiotu, chorób skóry, słoniowaciny, trądu, chorób przewodu pokarmowego itd. Zwraca uwagę, że przez te dwa lata nie zdarzyło mu się leczyć ropnia wątroby, ani gruźlicy. Przymiot zaś, jako taki, nie jest bardzo złośliwy. Wogóle można powiedzieć, że choroby leczą się prędko w tym kraju szczególnie zdrowym. Jak za czasów Galena stosują Abisyńczycy rodzaj leczenia ludowego, używając tak na zewnątrz jak na wewnątrz różnych wydzielin organicznych w celach leczniczych. Jak dalekimi są od mikrofobii, tak również nie mają osławionych dzisiejszych surowic, jak niemniej większej ilości przetworów chemicznych, które przemysł dzisiejszy z pomocą często podstępnych reklam sprzedaje, a łatwowierni je stosują z lekkiem sercem, wysyłając nieszczęsnych pacyentów do ciemnego królestwa Plutona.

Dr. Eid (Kair). *Medycyna i lekarze w Egipcie.*

Niektórzy badacze przypuszczają, że medycyna w właściwem tego słowa znaczeniu nie istniała w dawnym Egipcie. Inni znowu, wnosząc z ogólnej oświaty Egipcyan, twierdzą, że istniała i była dość naprzód posunięta. Odkrycie różnych papyrusów potwierdza to drugie przypuszczenie. W istocie istniała medycyna religijna i fizyczna, a lekarze dzielili się na lekarzy magików i fizyków, tak więc Egipt, kolebka umiejętności wogóle, jest także kolebką medycyny, a my lekarze jesteśmy następcami kapłanów egipskich. Lekarze fizycy dzielili się na lekarzy ogólnych i specyalistów. Herodot np. wykazuje, że w VI wieku przed Chrystusem okuliści egipscy byli bardzo sławni i że istnieli dentyści i interniści. Wzywano najprzód magików, a gdy ci choroby nie usuwali, proszono fizyków. Dr. Eid dzieli swoją pracę na 5 okresów. W pierwszym, — starożytny Egipt, — omawia medycynę egipską, autorów i lekarzy, praktykę

lekarską i środki lecznicze na podstawie *a)* papyrusów berlińskiego, *b)* Ebersa, *c)* Zoega, *d)* kahaun, następnie patologię i dyagnostykę, anatomię, chirurgię, położnictwo i ginekologię. Medycyna egipska w tym okresie może charakteryzowała się trzema kierunkami: empirycznym, religijnym i polifarmaceutycznym. Pozbawiona z punktu widzenia naukowego, charakteru umiejętności, jeśli nie usprawiedliwia podziwu, który jej niektórzy bez powodu przyznają, to przynajmniej przedstawia wielki interes historyczny. W każdym razie nie zasługuje na pogardliwe traktowanie, jak to niektórzy chcieli. Dawną naukę egipską pochłonęła nauka grecka, budując swe mury na jej podwalinach. Historya medycyny egipskiej kończy się z przejściem Egiptu pod panowanie macedońskie. W drugim okresie, — szkoła aleksandryjska, — Grecy wstępowali w ślady Egipcyan, dzieląc medycynę na kilka specyalności, przynosząc z sobą upodobanie do rozmyślań i teoryj, w przeciwieństwie do Egipcyan, więcej skłaniających się do lekarstw, zawikłanych formuł i empiryzmu. Wtedy to rozpoczęto sekcyę zwłok, a pierwszymi anatomami byli Erasystrat i Herofil. Nadto przytacza prelegent Orybaza z Pergamu, Aecyusa, Diarbekira. Galen był też przez długi czas w Aleksandryi, zbierając materyał do swego dzieła. Okres trzeci, — medycyna arabska w Egipcie, — dzieli Eid na czas przed i po zaprowadzeniu islamu. Medycyna arabska opierała się z początku na dziełach szkoły Aleksandryjskiej, a w szczególności na nauce Galena, — na którą znowu, jak wspomniano wyżej, wywarła swój wpływ medycyna dawnych Egipcyan. Później wiadomości perskie, syryjskie i indyjskie sprowadziły pewne zmiany, do których Arabowie z kolei dołączyli swoje zwyczaje, religię muzułmańską i owoce badań osobistych. Piśmiennictwo lekarskie Arabów jest olbrzymie; mała jego część została ogłoszoną lub przetłómaczoną; wielka ilość jeszcze pozostaje nagromadzona w bibliotekach, gdzie szukając i badając, znalezionoby może inne szczegóły, które dotychczas nie doszły do naszej wiadomości. Podczas czwartego — okresu mameluków — powrócono do medycyny początkowej. Kilku Mograbów leczyło choroby, stosując bańki, przypalając ogniem itd. Niektórzy z nich jednak uczyli się w specyalnych szkołach lub własnych domach i otaczali się ubogimi chłopcami, których uczyli swej sztuki, a którą oni znowu przekazywali innym. Nauka, która kwitnęła dawniej, wygasła; pozostali szarlatani, wyzyskujący wiarę ludu, prości empirycy, jako lekarze, oraz felczerzy, jako chirurdzy. Piąty — okres Mehmeta Alego, — to okres rozkwitu i postępu: on to w r. 1827 ustanowił szkołę medyczną z profesorami Francuzami, do której dołączono potem szkołę przygotowawczą do szkoły medycznej, a następnie szkołę farmaceutyczną i szkołę dla położnych. Szkoła ta, przechodząc różne fazy, jest obecnie przekształcona na sposób szkół angielskich, a wykłady w niej odbywają się po angielsku. Obok znajduje się szpital na 600 łóżek, gdzie uczniowie ćwiczą się w badaniu chorych i wykonywaniu operacyj. W r. 1825 Mehmet Ali ustanowił rodzaj służby sanitarnej wewnętrznej, która po odpowiednich zmianach i organizacyi do tego czasu istnieje pod nazwą „Services sanitaires“. Nadto w r. 1831 ustanowił Mehemet Ali tzw. „Radę sanitarną morską i kwarantanową“, prosząc do współudziału konsulów obcych mocarstw, przebywających w Aleksandryi, która w obecnych czasach ma za zadanie ochronę Egiptu i Europy przed epidemiami, zawlekanemi z zewnątrz. Tak więc dzięki założycielowi obecnej dynastyi, wielkiemu Mehmetowi Alemu, zawdzięczamy, że Egipt został uwolniony od dzikości Mameluków, a natomiast jest otwarty dla cywilizacyi, nauki i medycyny. Medycyna na nowo zażywa opieki i kwitnie nad brzegami Nilu. Prace i badania mnożą się w pracowniach, klinikach prywatnych i różnych szpitalach, a lekarze egipscy i obcokrajowcy pracują obok siebie, dzięki tolerancyi religijnej. Najwymowniejszym tego dowodem obecny Zjazd.

Dr. Batko.

VIII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

(Dokończenie).

Na zakończenie rozdziału o chorobach narządu płciowego podług Galena wypada jeszcze wspomnieć o zmianach sutków niepołogowych. Tu należą rozpadliny brodawek i zapalenia sutków, o którychby raczej w patologii połogu mówić należało. Ponieważ jednak Galen nie wylicza tych cierpień, jako wikłających połóg, musimy więc i my tutaj o nich wspomnieć. Nad rozpadlinami brodawek nie zastanawia się Galen wiele, ograniczając się jedynie do podania sposobu ich usunięcia. Jako najodpowiedniejsze uważa przykładanie na chorą brodawkę roztartych ślimaków morskich z białkiem jaja, lub z mlekiem oślem. Czas trwania cierpienia oblicza na 20 dni. *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI).*

Cokolwiek więcej, niżeli wyżej omówione cierpienie, zajmuje Galena zapalenie sutków. Galen obserwuje bardzo dobrze trzy okresy rozwoju tej sprawy, a mianowicie: przekrwienie, naciek i okres trzeci, w którym zmiana przechodzi w ropienie. Dziwnym zbiegiem okoliczności najwięcej obawia się Galen tak ze względu na pacyentkę, jak i ze względu na życie płodu, (jeżeli ma z kobietą ciężarną do czynienia), okresu przekrwienia, gdyż wtedy bywa górna część ciała silnie przekrwioną, a nadmiar krwi może się łatwo do głowy dostać. Jak w tylu innych przypadkach, tak zastrzega się i tym razem, że sam tego wprawdzie nie spostrzegał, lecz że polega na Hipokratesie *(in aph. Hippocr. com. quint. 40).*

W miarę dalszego trwania cierpienia przechodzi ono w okres drugi *(„mammae durae“)*, który się odznacza szczególniejszą twardością i bolesnością sutków. Ten okres nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, nawet wtedy, gdy przechodzi w trzeci, t. j. we właściwe zapalenie *(„inflammatio“)* sutka, przeciw któremu Galen zaleca cały szereg rozmaitych środków. Tu należą: ziemia cymolijska, kadzidło roztarte na olejku różanym, koryander, ałun i psinka w formie plastra woskowego, chleb z miodem lub winem, siemię lniane z octem i wiele innych. *(de remed. parabil. lib. II. cap. XV i XVI).*

Bardziej, aniżeli wymienione choroby sutków może nas zająć ich rak z powodu stanowiska, powiedzmy zaraz, bardzo postępowego, jakie Galen wobec niego zajmuje. Na podstawie tego, cośmy wyżej o raku macicy powiedzieli, można się z góry domyśleć, jak się będzie zachowywał wobec raka sutka. Galen uważa to cierpienie za następstwo nadmiaru czarnej żółci, a z powodu jego własności rozszerzania się zapomocą korzeni, za bardzo złośliwe. Wobec tej jego własności bywa lekarz zazwyczaj bezsilny. Dlatego też powinien on, zauważywszy niemożność doszczętnego wyleczenia, ograniczyć się do łagodzenia jedynie istniejących przypadłości, nie stosując właściwych leków, gdyż one sprowadzają w tych rozpaczliwych przypadkach jedynie pogorszenie. Jeżeli jednak jest nadzieja usunięcia drogą operacyjną i to nożem całego nowotworu, natenczas jest za tem, by tego sposobu nie zaniechano. Wierny swej teoryi o powstawaniu złośliwych nowotworów, radzi przed operacyą zapomocą środków czyszczących chory ustrój należycie opróżnić z czarnej żółci, a nie zakończyć zabiegu, dopóki się nie wyciśnie krwi z przeciętych żył. W ten bowiem sposób można wydalić korzenie nowotworu, znajdujące się w najbliższem jego sąsiedztwie. Leczenie pooperacyjne jest takie samo, jak przy wrzodach. *„ubi vero totum quod vitiatum est prorsus excideris sic ut nulla supersit radix, sines effluere sanguinem, nec propere eum retinebis, imo premendo potius quae circum sunt venas exprimes ex iis crassiorem sanguinem: mox aliis ulceribus similiter curabis“. (methodus medendi lib. XIV. cap. IX. K. X).* Co się tyczy narzędzia, którym ten zabieg wykonywano, niema pod tym względem pewności, ponieważ przypisywana Galenowi *„isagoge“* wspomina o rozpalonem żelazie, lub o rozpalonych nożyczkach. Czy Galen używał tego, lub innego narzędzia, to jest obojętne i okoliczność ta nie jest w stanie ani zwiększyć, ani zmniejszyć jego zasługi. Dla historyi operacyi pozostaje rzeczą pewną, że Galen operował wśród odpowiednich warunków raka sutków. Wobec dzisiejszego stanu nauki musimy jeszcze podziwiać bystrość umysłu Galena, która mu nakazywała nie szczędzić krwi w naczyniach prze-

ciętych, ale owszem je opróżniać, jak gdyby chciał wypustki nowotworów z nią wydalić. Wszak i dzisiaj obawiamy się przenoszenia się ognisk nowotworowych przez krew w naczyniach przeciętych.

Zadalibyśmy jednak kłam faktom historycznym, gdybyśmy chcieli twierdzić, że Galen był pierwszym, który wskazał w leczeniu raka właściwy kierunek: miał on pod tym względem rywala w osobie Celsusa, który stosował w tem cierpieniu obok środków leczniczych rozpalone żelazo i nóż. Z wyników operacyjnych nie jest jednak bardzo zadowolony, gdyż pomimo operacyi zdarzają się często nawroty i dlatego w pierwszym rzędzie jest za użyciem leków, tembardziej, że nowotwór często już po zabliźnieniu się pola operacyjnego dalej buja. Podobnie jak nóż nie zadowalnia go często i rozpalone żelazo. *(Celsus lib. V. cap. XXVIII).* Stanowisko, które Celsus zajął wobec tej operacyi, nie jest, zwłaszcza w stosunku do Galena, bardzo postępowe, dla historyi chirurgii sutków jest jednak ten rozdział bardzo ważny, gdyż stanowi bardzo pewny i najdawniejszy dowód, że już w świecie starożytnym używano noża w leczeniu chorób sutków. Hipokrates, przypisujący powstawanie raka sutków wstrzymywaniu się miesiączki, nie wspomina wcale o operacyjnem jego leczeniu.

Zestawiając wyniki naszego studyum, dochodzimy do przekonania, że w pracach Galena plon dla ginekologa nie jest zbyt obfity, ale też nie jest znowu tak źle, jak o nim Kleinwächter powiada. Uwzględniając bowiem niezbyt bogatą literaturę ginekologiczną starożytnego świata, musimy mu być wdzięczni za tych kilka uwag ginekologicznych, któremi nas obdarzył. Uwagi te staną się tem cenniejszemi, jeżeli uwzględnimy fakt, że Galen sam nie wykonywał praktyki ginekologiczno-położniczej, że więc wiele jego uwag pochodzi od innych autorów, jego poprzedników lub rówieśników, których dzieła nas nie doszły, a które, jak często na to zwraca uwagę, za jego pośrednictwem zostały przekazane potomności.

Tej części ginekologii, którąby Galen mógł najbardziej wzbogacić już na podstawie swoich studyów przygotowawczych, t. j. anatomii nie posunął naprzód. Owszem, opierając ją na spostrzeżeniach, robionych na zwierzętach, cofnął ją wstecz. Opis macicy z powodu tego mniej odpowiada rzeczywistości, aniżeli u niejednego jego poprzednika. Zasługę ma w dokładnem odróżnieniu części pochwowej od reszty trzonu i w opisie przebiegu trąbek, poprawiając w ten sposób błąd Herofila. Jajniki znano już przed nim, a w sprawie błony dziewiczej nie przyniósł żadnego wyjaśnienia.

Fizyologii części rodnych nie pchnął naprzód pomimo wprowadzenia nowych teoryj. Stworzył wprawdzie fizyologię jajników, lecz ta, jako odpowiadająca jego fałszywym zapatrywaniom o tym narządzie, nie przedstawia żadnego postępu. Dobrze pojął znaczenie jąder męzkich.

W embryologii stosuje w głównych zarysach naukę Hipokratesa, podczas gdy w fizyologii płodu znacznie się naprzód posunął.

Fizyologia i patologia ciąży i porodu nic nie zyskały na Galenie, jak to naprzód przyjąć można było. Jeżeli jednak uwzględnimy, że tych kilka uwag, które Galen w patologii porodu podaje, powtarza za innymi, musimy na podstawie naszych domysłów powiedzieć, że za jego czasów zachowywano się wyczekująco wobec położeń podłużnych, przy których nie poprzedzała główka, a gdy potrzeba zachodziła, wykonywano ekstrakcyę, tak jak to Celsus polecał. Przy położeniach poprzecznych z wypadnięciem drobnych części ściągano prawdopodobnie nóżki.

Połóg, nie przebiegający gładko, uważał Galen za rzecz dla kobiety bardzo niebezpieczną; najczęstszą przyczyną nieprawidłowego połogu bywa zatrzymywanie się odchodów. Zapatruje się więc nań podobnie, jak Hipokrates, stosując w głównych zarysach i jego leczenie.

Dyetetyka noworodka jest u Galena bardzo zbliżoną do dzisiejszej.

Chorób kobiecych niepołogowych Galen nie wymienia wielu. W porównaniu jednak z poprzednikami przybywają tu dwie, t. j. choroby wnętrza macicy i choroby trąbek.

Wobec raka sutków zajmuje Galen stanowisko bardzo postępowe.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Regiec miał wykład: »O sztucznych kąpielach solankowych«.

* Izba lekarska zachodnio-galicyjska ukonstytuowała się d. 16. b. m. Prezesem wybrany został prof. R. Trzebicky, wiceprezesem Dr. J. Walczyński z Tarnowa. Do wydziału weszli: Dr. August Kwaśnicki, Dr. Adam Langie i Dr. Stefan Schoengut. Delegatem do kraj. Rady zdrowia wybrano Dra Adolfa Dietziusa z Jarosławia, a zastępcą Dra Stanisława Jabłońskiego z Rzeszowa.

* Urzędowa statystyka, dotycząca gruźlicy w Niemczech, przedstawia się jak następuje: w r. 1899 było w cesarstwie niemieckiem chorych na gruźlicę i z tego powodu niezdolnych do żadnej pracy 226,000. Od r. 1892 do 1900 zmarło na gruźlicę 1.066.722, t. j. rocznie osób 118.525. W zestawieniu z tą niemiecką statystyką znajdują się w gorszem położeniu Francya, Rosya i Austrya, — w lepszem zaś: Anglia, Holandya, Belgia, Szwajcarya i Dania. Najwięcej umiera z gruźlicy w Niemczech między 15 a 60 rokiem życia; na 1000 zgonów przypada z gruźlicy 317.

W październiku 1902 r. było w Niemczech 57 sanatoryów publicznych i 16 prywatnych, mieszczących razem 7000 łóżek, w których rocznie leczy się 30,000; 10 sanatoryów nowych jest na wykończeniu, 23 rozpoczęto budować. Do tego znakomitego rozwoju zakładów dla gruźliczych wielce przyczyniły się osoby prywatne, i zarządy miast, a kilka zakładów dla robotników stanęło z funduszów zamożnych przemysłowców. Na 100 chorych, leczących się w sanatoryach, wychodzi 67 zdolnych do pracy; 7 może się oddać lżejszemu zajęciu, 14 może pracować z przerwami, 11 pozostaje bez możności podjęcia pracy; 87 opuszcza sanatoryum uzdrowionych lub w stanie wybitnej poprawy; 8 nie doznaje zmiany; 3 wychodzi z pogorszeniem; 0,5 umiera.

Obliczając korzystne wyniki leczenia w sanatoryach chorych gruźliczych na zysk skarbu społecznego, okazuje się, że jeśli przedłuży się zdolność do pracy 9000 osobom w ciągu trzech lat, to, po odtrąceniu kosztów leczenia, społeczeństwo zyskuje 7,500,000 marek, nie mówiąc już o dobrodziejstwie uratowania biednych rodzin od nędzy. Autor przytoczonej statystyki sądzi, że żadne dzieło ludzkie nie jest równie miłosierne i korzystne, jak instytucya sanatoryów.

* Skarbnik Komitetu polskiego na międzynarodowy Kongres lekarski w Madrycie, kol. prof. Reiss, zawiadamia, że w myśl zarządzeń Komitetu gospodarczego Kongresu nie może już przyjmować dalszych wkładek wpisowych, które obecnie skierowywać należy wprost do skarbnika Kongresu w Madrycie.

* Prof. dr. Wachholz ofiarował do biblioteki Towarz. lekar. krak. siedm roczników czasopism polskich, nadsyłanych przez redakcye Komisyi sprawozdawczej do roczników »Virchowa — Hirscha«. Ofiarodawcy składam niniejszem serdeczne podziękowanie. *A. Wrzosek,* bibliotekarz Towarz. lekar. krak.

* Namiestnik przeniósł starszego lekarza powiatowego, Dr. Władysława Czyżewicza, do Jarosławia, oraz lekarzy powiatowych: Dr. Jacka Jabłońskiego do Sanoka i Dr. Stanisława Karpińskiego do Liska.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymał Ksawery Obmiński, lwowianin.

* W Warszawie ma być założony przez miasto instytut Pasteura.

Osobna komisya wypracowała plany i zaproponowała, aby instytut ten stanął na gruntach szpitala św Łazarza.

* W Berlinie w Zakładzie głuchoniemych odbędzie się od 4 do 23 maja dla lekarzy kurs badania i leczenia dzieci głuchoniemych. Na te kursa rząd wysyła lekarzy czynnych w zakładach dla głuchoniemych, opłacając im koszta podróży tam i napowrót, oraz dyety po 15 marek dziennie.

* Wydział lekarski, lekarze i medycy w Pradze obchodzili uroczyście d. 10 b. m. piędziesiątą rocznicę urodzin prof. Karola Maydla, kierownika kliniki chirurgicznej w Pradze.

* Urzędowa statystyka pruska stwierdza stopniowe, lecz znaczne obniżanie się śmiertelności z gruźlicy w Prusach. Na 10,000 żyjących; zmarło w r. 1876 osób 31, w 1891—27, w 1896—22, w 1901—20. W miastach śmiertelność większa niż po wsiach: w gminach miejskich zmarło z gruźlicy na 10.000 żyjących w r. 1876—36, w r. 1891—22, w gminach zaś wiejskich 28 i 17.

* Liczba kobiet, uczęszczających na uniwersytety niemieckie, spadła z 1200 na 887. Na ten stan rzeczy wpłynęło nieuwzględnianie przez władze uniwersyteckie świadectw dojrzałości z rosyjskich gimnazyów żeńskich, w których zakres nauk jest znacznie niższy niż w gimnazyach męzkich, a powtóre postanowienie senatów, ażeby kobietom, nieposiadającym, jak się okazało, potrzebnej wytrwałości, utrudnić przyjmowanie, gdyż na 2000 zapisanych w r. 1901, zaledwo 14 złożyło egzamin.

* Między 4 a 10 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Krakowie (1 przypadek), oraz w powiatach: borszczowskim (1 gm.), brzeskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podgórskim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), wielickim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VIII (22—28—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 44, zmarło osób 82, mianowicie: z gruźlicy 19 (5 zam.), z zapalenia płuc 8 (5 zam.), z płonicy 2, z odry 1 (zam.), z cholery niemowląt 3.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Barsony mian. zwyczajnym prof. ginekologii w Peszcie.

Nekrologia. Dnia wczorajszego zakończył życie w Krakowie Dr. Stanisław Koy, lekarz miejski, człowiek wielkiej cnoty i prawości. Przyszedł na świat w Podgórzu r. 1851; nauki średnie i lekarskie odbył w Krakowie. Pierwsze lata zawodu lekarskiego poświęcił doskonaleniu się w chorobach dzieci, pracując w szpitalach wiedeńskich i krakowskich, w szczególności zaś w szpitalu św. Ludwika, gdzie pełnił obowiązki sekundaryusza. W r. 1890 został mianowany lekarzem miejskim i na tem stanowisku dokonał żywota, ceniony przez spółobywateli i kolegów, kochany przez ludność ubogą, dla której był cichym dobrodziejem i opiekunem. Cześć Jego pamięci. W Mosciskach zmarł magister chirurgii Wilhelm Korner, lekarz miejski, w wieku. lat 65. Dr. Jan Kahl zakończył życie w Warszawie, licząc lat 52.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej (c. d.). Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 10. Lorentowicz: Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza. Palmirski i Kozicki: Przypadek wodowstrętu u człowieka z zejściem pomyślnem.

— *Postęp okulistyczny* (luty). Łuniewski: Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodzenia urazowego. Strzemiński: Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (dok.). Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie opasek ocznych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 10. Bakeš: Prispěvek ku radikálni operaci rakoviny děložni dle Wertheima. Wiesner: Pathologie smichu (dok.). Zahradnický: O dnešnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 19. Budin: Ubezpieczenie na życie dzieci. Gaucher: Klinika chorób skórnych i wenerycznych. Bazy: Zwężenie wrodzone cewki moczowej u człowieka.

— Nr. 20. Jayle i Gottschalk: Zwiedzanie muzeów włoskich. Wrażenia lekarskie. Desfosses: Medycyna i sztuka w Normandyi.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10. König: Gruźlica stawu kolanowego. Leczenie wyczekujące czy operacya? Snel: Odporność i znieczulenie. Cohn: Uzasadnienie teoryi rtęciowej wiądu rdzenia. Engel: W sprawie białkomoczu urazowego. Doll: Tętno dwubitne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11. Lindenthal: Miesiączka a ciałko żółte. Kilian: Spinka od koszuli, usunięta z dolnego płata lewego płuca drogą naturalną. Zappert: Badanie stanu serca i płuc u uczniów szkół wiedeńskich. Berka: Prątek ropy błękitnej w zapaleniu opon mózgowych. Glas: Tiosinaminowa próba w twardzieli nosa.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11. Fraenkel: Dopisek do planu pruskiej ustawy o zarazie. Troje: Przyczynek do sprawy tożsamości gruźlicy ludzkiej a bydlęcej. Wassermann i Schütze: Swoistość białka precypitującej surowicy i miara jego wartości w praktyce. Pröscher: O surowicy przeciwgronkowcowej. Boas: Przypadek wrzodliwego zapalenia okrężnicy wyleczony na drodze operacyjnej. Manassé: O wyłuszczeniu jelita.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Fleiner: Tężyczka pochodzenia żołądkowego i jelitowego. Bentzold: Ruchomość odsznurowanego prawego płata wątroby. Wenzel: Jak się nadaje zabieg wyłuszczenia jelita prostego do operacyi aseptycznej i bezkrwawej? Witzel: Wskazania do operacyjnego leczenia raka jelita prostego. Holst: Przypadek »ciąży śródmiąższowej«, wyleczony za pomocą operacyi. Thomass: Przyczynek do sprawy owaryotomii w ciąży. Hammer: Porównawcze próby odkażającej siły starych i nowych przetworów rtęci i fenolu. Strohmayer: O stosunku między padaczką a migreną. Oberndorfer: Rozmaite odmiany w zakresie dolnej żyły głównej. Doerfler: Przyczynek do symptomatologii raka gruczołu krokowego. Levy: Kazuistyka guzów gruczołu krokowego u dzieci. Herrmann: Ciężki przypadek tężca urazowego.

Redakcya otrzymała. Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Z. V (Stuber's Verlag, Würzburg). Lewkowicz: 1) De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. 2) Ueber die Aetiologie der Gehirnhautentzündungen und die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunction. Statystyka miasta Krakowa. Chmielewski: O leczeniu spraw syfilitycznych rdzenia na limanie kujalnickim. Klęsk: Przyczynek do nauki o czynności mózgu.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 970/903. **Ogłoszenie konkursu.**

Gmina miasta **Przemyśla** rozpisuje niniejszem konkurs na posadę pomocniczego (trzeciego) lekarza miejskiego z płacą 1800 kor. rocznie, prawem do trzech dodatków pięcioletnich (quinqueniów) po 300 kor. rocznie, i ewentualnym dodatkiem drożyźnianym w wysokości przez Radę miejską każdocześnie postanowiony, oraz w razie stabilizacyi z prawem do emerytury pod warunkami tut. miejskim statutem emerytalnym zastrzeżonym

Posada ta nadaną zostanie na razie prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya zamianowanego kandydata na takowej.

Kandydaci do tej posady winni odpowiednio do § 7. ustawy z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17. dz. u. kr. oprócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać i wykazać następujące warunki, a to:

1) prawo obywatelstwa austryackiego,

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,

3) nieskazitelny charakter,

4) znajomość języków krajowych,

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,

6) nieprzekroczony 40 rok życia.

Pomiędzy ubiegającymi się pierwszeństwo mieć będą kandydaci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego albo egzaminem fizykackim.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w Przemyślu w terminie do **15 kwietnia 1903.**

Z Magistratu miasta Przemyśla.

Dnia 5. marca 1903. *Dr. Smutny.*

L. 5. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszym konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście **Jaśliska,** z płacą roczną w kwocie 1.200 K. i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 800 K. rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, a mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Dalejowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Bałucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola niżna, Wola wyżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Surowica, Polany surowicze, Moszczaniec, z ludnością 9.600 głów i obszarem 213. 9 klm.².

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w terminie dni 30, zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej:

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału powiatowego

w Sanoku, dnia 13 marca 1903.

Do LW. 233/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Sołotwinie.**

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu bohorodczańskiego: Babcze, Bitków, Bogrówka, Dzwiniacz, Jablonka, Kosmacz, Kryczka, Krzywiec, Manasterczany, Maniawa, Markowa, Mołotków, Porohy, Rakowiec, Sołotwiua i Zarzecze.

Płacę rocznych 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry oraz ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 700 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Nieskazitalny charakter;

4) Znajomość języków krajowych;

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pirwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do 1-go kwietnia 1903 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Bohorodczany, dnia 24 go lutego 1903.

Prezes.

Do LW. 2311/03. KONKURS.

Na podstawie uchwały Rady miasta Nowego Sącza z dnia 5 marca 1903 rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy miejskich **w Nowym Sączu** a mianowicie na posadę lekarza młodszego i starszego (naczelnego) pod warunkami podanymi w ustawie z dnia 2-go lutego 1891. Dz u. kr. Nr 17 w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy wydanem przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu a Wydziałem krajowym w myśl § 21. tej ustawy Dz. u. kr. Nr. 82 oraz w Instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych wydanej po myśli § 14 powyż zacytowanej ustawy krajowej a uzupełnionej rozporządzeniem c. k. Namiestnictwa z dnia 12 czerwca 1897 l. 34541.

Obsadzenie obu posad lekarzy miejskich nastąpi prowizorycznie na rok jeden. Po upływie tego czasu rada gminna orzecze czy posada ma być stale nadaną. Z posadą lekarza młodszego połączoną jest płaca w kwocie 1000 kor. a z posadą lekarza starszego płaca w kwocie 1100 kor. rocznie. Podania udokumentowane wnosić należy do Magistratu w Nowym Sączu po dzień 31 marca 1903.

Magistrat król. woln. miasta

Nowy Sącz, dnia 6 marca 1903.

Zarząd miasta **Tarnobrzega** rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego pomyśli ust z dnia 2 lutego 1891 Nr 17 Dz. u. i rozp. kraj z płacą rocznie 1000 koron.

Termin do wniesienia podań upływa z dniem 31 marca 1903.

W Mieście Korolówka w powiecie Borszczowskim na Podolu znajdzie dobrą posadę zdolny lekarz. Płaca lekarza miejskiego rocznie 1000 koron i dochody za oględziny przy wywozie mięsa. Apteka w miejscu.